



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Luana Cláudia dos Passos Aires

Método Canguru no Estado de Santa Catarina: um Estudo Histórico e Foucaultiano

Florianópolis

2020

Luana Cláudia dos Passos Aires

Método Canguru no Estado de Santa Catarina: um Estudo Histórico e Foucaultiano

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Roberta Costa, Dra.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

Florianópolis

2020

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

Aires, Luana Cláudia dos Passos
Método Canguru no Estado de Santa Catarina: : um Estudo
Histórico e Foucaultiano / Luana Cláudia dos Passos Aires ;
orientadora, Roberta Costa, 2020.
232 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem neonatal. 3. Método
Canguru. 4. Recém-nascido prematuro. 5. Políticas públicas
de saúde. I. Costa, Roberta. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

Luana Cláudia dos Passos Aires

Método Canguru no Estado de Santa Catarina: um Estudo Histórico e Foucaultiano

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Maria Itayra Padilha, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Zeni Carvalho Lamy, Dra.

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Profa. Jussara Gue Martini, Dra.

Coordenadora do Programa

Profa. Roberta Costa, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2020.

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que fizeram e fazem parte do processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina, garantindo maior qualidade ao nascimento e à vida dos bebês Catarinenses.

“Nascer é prejudicial à saúde, pois não há no mundo ambiente melhor que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida”.

Jucille Menezes

“Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”

Foucault (2011, p. 13)

AGRADECIMENTOS

Um curso de Doutorado leva cerca de quatro anos. É um tempo relativamente longo para uma pós-graduação. Quando iniciei, porém, não imaginava quão intenso seria!

Uma defesa de Tese *online*, vivenciando um momento de pandemia e distanciamento social, ao qual tivemos que nos reinventar. Sempre imaginei finalizar este grande marco de minha vida acadêmica com uma calorosa confraternização, com a presença de pessoas queridas que acompanharam essa minha trajetória. Ter como registro deste dia importante a famosa foto da assinatura da ata, ao lado de minha orientadora.

No entanto, ocorreu em minha casa, com a presença física apenas do meu marido. Mas a globalização, contudo, permitiu que estivessem presentes virtualmente pessoas de diversas partes do País e do mundo. Este não só é um trabalho histórico, como também o é o momento no qual ele se encerra, como foi também histórico o modo como foi apresentado.

Ao encerrar essa etapa, reflito sobre a minha própria história na Enfermagem. Hoje realizando um sonho que iniciou lá em 2007, quando ingressei no curso de Enfermagem da UFSC. Nossas professoras do Departamento foram sempre minha maior motivação acadêmica e profissional, na qual destaco a Profa. Dra. Marisa Monticelli, que me acolheu como orientanda durante o TCC da graduação e me fez despertar para a pesquisa, em querer ser um dia doutora! Em querer ser como ela!

E assim como ela, tantos outros professores me inspiraram nessa trajetória acadêmica, desde a educação infantil, até a pós graduação. Todos foram fundamentais para o meu desenvolvimento como pessoa, enfermeira e pesquisadora. A vocês a minha gratidão!

Às minhas queridas professoras Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza, Dra. Edilaine Giovanini Rossetto e Dra. Adriana Valongo Zani da Universidade Estadual de Londrina, na qual cursei a Residência em Enfermagem Neonatal, que foram as responsáveis por me apresentar ao mundo da prematuridade e me ensinaram a arte da neonatologia.

À minha querida orientadora do Doutorado, Profa. Dra. Roberta Costa, que tornou esse processo tão leve e prazeroso. Obrigada por sua amizade, por sua constante presença me ajudando, guiando, orientando, e, principalmente, pela confiança e oportunidade de ser sua primeira orientanda do doutorado. És meu exemplo como mulher, mãe e pesquisadora! Nesse processo teve sua doce filha Helena, e não me deixou desamparada nem no período de licença maternidade. Obrigada por ser sempre tão presente!

Relembrando esses quase quatro anos de doutorado, reflito quão marcantes foram em minha vida! Iniciei em março de 2017, em abril me casei com o meu amor e parceiro de

jornada Eduardo! Obrigada por todo seu apoio e compreensão durante essa trajetória! Muitas vezes me esperava chegar de viagem com uma janta gostosa, feita com muito carinho. Foi muito bom traçar esse percurso sabendo que eu tinha sempre para quem voltar. Confesso que algumas vezes quando cheguei muito tarde e você já estava dormindo chorei. Chorei por pensar se era certo o que eu estava fazendo, de estar tão distante nesse período tão lindo em que estávamos recém-casados! Mas você esteve sempre ao meu lado, incentivando e apoiando (inclusive me acompanhou nas viagens para algumas entrevistas)! Muito obrigada! Amo-te!

Com as aulas em Florianópolis todas as semanas, atuando em dois empregos (plantão na Unidade Neonatal na Maternidade Darcy Vargas e atuando como Docente na Faculdade IELUSC, ambas em Joinville) em junho daquele mesmo ano adoeci. Meu corpo e mente não mais suportaram tamanha sobrecarga e estresse. Experimentei do tão temido *burnout* que afeta tantos profissionais de saúde. Precisei forçadamente pausar, ouvir meu corpo, descansar. Ao retornar para as minhas atividades laborais troquei de setor, fui para o Alojamento Conjunto. Desejei trocar de tema de pesquisa (obrigada por não permitir, Rô). Hoje à luz de Foucault, meu referencial teórico, compreendo que este distanciamento foi oportuno e até fundamental. Um “*epoche*” forçado, mas que contribuiu para o meu amadurecimento neste processo de pesquisa e análise das relações de poder e saber no Cuidado Neonatal de nosso Estado.

Em 2018 tive a oportunidade de participar do 12º Congresso Internacional do Método Canguru, em Bogotá/Colômbia, no berço do Método Canguru. Foi muito gratificante e pude apresentar meu trabalho de mestrado orientado pela querida Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. Também é uma profissional que admiro muito, por toda sua trajetória profissional e por ser tão humana. Obrigada por sua amizade e por torcer sempre por mim! Você que acompanha a minha trajetória acadêmica desde 2009, quando fui em sua sala pedir para participar do GRUPESMUR. Meu carinho eterno por ti.

Encerrando o ano de 2019, tive a maior e melhor notícia de minha vida! Os dois risquinhos indicando positivo foi o maior presente que Deus me deu! E hoje, na doce espera do meu menino Miguel Eduardo, só tenho a agradecer a Deus por ter me dado mais este estímulo para terminar a Tese! Miguel Eduardo foi o meu companheirinho de várias e várias noites e madrugadas escrevendo. Era o momento em que ele mais gostava de mexer, e eu conversava com ele que precisávamos terminar, pois logo estaríamos juntinhos! Obrigada meu filho por isso. Por me motivar mesmo antes de nascer! Você me faz querer ser uma pessoa cada vez melhor! Já amo você infinitamente.

Fundamental agradecer especialmente à duas pessoas igualmente importantes em

minha vida, as quais amo muito: meus pais! Meu pai Renato, que contava orgulhoso a todos desde quando passei na seleção do doutorado: “Minha filha é Enfermeira! Está terminando um doutorado...! na UFSC!!”, como ele sempre fez questão de destacar. Esse seu discurso me gerava um misto de emoções, de alegria por corresponder a tanto orgulho desse pai, e de desespero, por você sempre achar que eu estava terminando (e eu sabendo quanto ainda faltava desse percurso)!! Mas, pronto pai. Agora, finalmente, pode falar que sua filha é Doutora da UFSC!

À minha mãe Claudineti, só tenho a dizer que NÓS duas somos Doutoradas!!!! Inúmeras foram as vezes que você me acompanhou nessas viagens para Florianópolis. E sempre animada dizia: “Eu também estou fazendo doutorado”. E assumiu tanto esse papel que foi comigo até na banca de qualificação! Obrigada por sua presença em minha vida, pelas orações e pelas mensagens nos dias em que eu falava que você não precisava ir junto porque eu já tinha carona ou companhia: “- avise quando chegar de Floripa!”, seguido do “Graças a Deus!, boa noite!”. Esse carinho aqueceu a minha caminhada!

À família Passos, Aires e Amaral, amo vocês e obrigada pela torcida!

Aos queridos amigos, Karolina, Eric, Marina, Andreza, Cleverton e ao pequeno Leonardo, amor da dinda.

À minha estimada Banca de Defesa de Tese. Profissionais que admiro e que ajudaram a qualificar este trabalho com seu olhar experiente: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy; Profa. Dra. Maria Itayra Padilha; Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda e Profa. Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. Muito obrigada!

À minha querida UFSC, que sempre me acolhe e que tenho imenso orgulho de construir boa parte de minha formação nessa instituição.

Aos meus colegas da Turma de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC 2017. Desejo sucesso a todos.

À CAPES pelo apoio nas atividades acadêmicas e ajudas de custeio em trabalhos e eventos científicos.

Aos colegas do grupo de pesquisa GRUPESMUR e LAIPISON pelas oportunidades de trocas de conhecimento. Às acadêmicas Alicia, Elisiane e Lara pela significativa ajuda nas transcrições das entrevistas.

Aos meus colegas professores da Faculdade IELUSC, pela torcida, apoio, incentivo, trocas de aulas de modo que eu pudesse estar em Florianópolis sempre que precisei. Aos nossos alunos, que me motivam a querer me manter estudando e atualizada para oferecer

sempre o meu melhor.

Aos colegas da Maternidade Darcy Vargas.

Aos participantes deste estudo, alguns eu já conhecia de longa data, outros tive o privilégio de conhecer nesse processo. Sem dúvida, admiro a todos! Obrigada por me ajudarem a contar a história do Método Canguru em nosso Estado. Esse estudo não teria sido possível sem vocês.

A todos os bebês e famílias que passaram por mim, que levaram um pouco de mim, mas principalmente, que deixaram muito em mim.

E finalmente, mas não menos importante, a Deus. Pelo dom da vida, pela saúde, proteção e todas as chuvas de bênçãos recebidas. “Deus é bom o tempo todo. O tempo todo Deus é bom”.

“Eu fico com a pureza da resposta das crianças

É a vida, é bonita e é bonita

Viver e não ter a vergonha de ser feliz

Cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz

Ah meu Deus! Eu sei, eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será

Mas isso não impede que eu repita

É bonita, é bonita”

O Que é o que é - Gonzaguinha

RESUMO

O Método Canguru é uma Política Pública de saúde brasileira, que promove assistência de qualidade, favorece o vínculo familiar e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, contribuindo na redução da mortalidade infantil, sendo sua prática fortemente recomendada pelas evidências. Este estudo trata-se de uma pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019, à luz do referencial foucaultiano. As fontes orais do estudo foram 12 profissionais de saúde indicados a partir da técnica de *snow ball*. As fontes documentais foram 84 documentos sobre o Método Canguru que auxiliaram na interpretação dos achados. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevista norteada por um roteiro semiestruturado, realizada no período de janeiro a novembro de 2019, em diferentes municípios do Estado. Os dados foram analisados a partir da análise genealógica de Foucault com auxílio do *software Atlas.ti Cloud*®. Os resultados deste estudo apontam que o processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado se deu por resistências que foram sendo quebradas à luz do saber científico. Os Centros de Referência destacam-se no Estado por seu papel como pólos formadores, nos quais os consultores e tutores do Método circulam nas tramas do poder-saber junto aos gestores locais para colocar em prática os princípios da humanização. A formalização do Método Canguru enquanto Política Pública de saúde configurou uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal, que ocorreu de forma processual. Ao se apropriar do saber específico sobre as premissas do Método Canguru, os profissionais detêm o poder e o colocam em prática. A educação permanente foi apontada como importante estratégia de fortalecimento das ações do Método, sendo salientada a transformação do cuidado com relação à ambiência e neuroproteção dos bebês. O cuidado individualizado com a participação da família segue sendo um dos pilares do Método, mas ao mesmo tempo um dos principais desafios da equipe de saúde. As relações entre os profissionais fortalecem as ações do Método no Estado, proporcionando a articulação entre os serviços. Toda a equipe multiprofissional tem responsabilidade no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método, no entanto, a “Enfermeira Canguru” destaca-se como peça fundamental nos serviços. Embora incumbidos de uma hegemonia institucional, os médicos raramente assumiram posições de liderança neste processo de implantação e disseminação do Método no Estado. Conclui-se que toda mudança de paradigma, transformações do conhecimento e das práticas são permeadas por relações de poder. Não diferentemente, a disseminação e o fortalecimento do Método Canguru no Estado de Santa Catarina emergiram em um cenário de transformação do Cuidado Neonatal, sendo permeados por relações de poder-saber entre os profissionais da equipe de saúde. Espera-se que este estudo possa subsidiar ações de gestão no âmbito estadual e nacional, sendo que uma gestão mais participativa contribui para ações de monitoramento dos serviços de saúde, garantindo a efetivação das três etapas do Método nas unidades neonatais catarinenses.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal. História da enfermagem. Método Canguru. Recém-nascido prematuro. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The Kangaroo Care was implemented as a public health policy in Brazil as it promotes quality care, favors family ties, and the child's neuropsychomotor development. Its use is strongly recommended since it reduces infant mortality. This study is a socio-historical research with a qualitative approach, aiming to understand how the Kangaroo Care was implemented and used in the State of Santa Catarina between 1996 and 2019, according to Foucault's theories. The oral sources of the study were 12 health professionals recruited by snowball sampling. The documentary sources consisted of 84 Kangaroo Method-related documents that supported data interpretation. Information was collected through a semistructured interview carried out between January and November 2019, in different cities of the State. Data were analyzed using Foucault's genealogical method. Data were analyzed using Foucault's genealogical analysis using the Atlas.ti Cloud® software. Our results indicate that the process of implantation and dissemination of the Kangaroo Method in Santa Catarina faced resistance that was gradually decreasing through scientific knowledge. The Reference Centers stand out in the State because of their role as training centers, in which consultants and tutors of the Method are involved in the theory of power-knowledge with local managers to apply the principles of humanization. The formalization of the Kangaroo Method as a public health policy configured a paradigm shift in neonatal care, which occurred procedurally. By knowing the premises of the Kangaroo Method, professionals hold the power and put it into practice. Permanent education was pointed out as an essential strategy for strengthening the actions of the Method, with emphasis on the transformation of care concerning the environment and child neuroprotection. Individualized care with family participation remains one of the pillars of the Method, but at the same time, one of the main challenges for the healthcare team. The relationships between the professionals strengthen the actions of the Method in the State, providing the articulation between the services. The entire multidisciplinary team has responsibility for the development and monitoring of the Method's actions. However, the "Kangaroo Nurse" stands out as a critical part of the technique. Although charged with institutional hegemony, the physicians rarely took leadership positions in this process of implantation and dissemination of the Method. In conclusion, paradigm change, transformations of knowledge, and practices are permeated by power relations. Similarly, the dissemination and strengthening of the Kangaroo Method in Santa Catarina emerged in a scenario of a transformation of the neonatal care, being permeated by relations of power-knowledge among the health team. We believe this study can support management actions at the state and national levels, since participatory management can contribute to monitoring health services, ensuring the effectiveness of the three stages of the Method in neonatal units.

Keywords: Neonatal nursing. History of nursing. Kangaroo care. Premature newborn. Public health policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma de distribuição de cursos de formação e capacitação conforme respectivos Estados.....	46
Figura 2 - Linha do tempo (1991 – 2019) destacando principais eventos relacionados à implementação do Método Canguru no Brasil e Estado de Santa Catarina.....	49
Figura 3 - <i>Codes</i> gerados durante o estudo a partir do programa <i>Atlas.ti Cloud®</i>	92
Figura 4 - Análise dos <i>codes</i> gerados durante o estudo a partir do programa <i>Atlas.ti Cloud®</i> (Parte 1).	92
Figura 5 - Análise dos <i>codes</i> gerados durante o estudo a partir do programa <i>Atlas.ti Cloud®</i> (Parte 2).	93

Artigo 1:

Figura 1 - Número de trabalhos encontrados, excluídos e selecionados por palavra-chave, Florianópolis, 2018.....	53
Figura 2 - Distribuição das teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil abordando a temática do Método Canguru, de acordo com o ano, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.....	54

Manuscrito 1:

Figura 1 - Recorte de notícia publicada pelo Jornal A Notícia (Santa Catarina) em 8 de julho de 2000 a respeito da implementação do Programa Mãe Canguru.....	107
---	-----

Manuscrito 2:

Figura 1 - Relato sobre o primeiro bebê colocado em Posição Canguru no HU/UFSC, em 14 de junho de 1996 - (Zaira/Psicóloga).....	133
Figura 2 - Fotos da UN (1995/1996) demonstrando o início do uso de capas protetoras das incubadoras e ninhos de contenção.....	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos CRE para o MC, por Estado e instituição, Brasil, 2018.....	45
Quadro 2 - Preceitos do Ministério da Saúde para o seguimento do Método Canguru na Atenção Primária.....	48
Quadro 3 - Número de leitos de acordo com o tipo, cadastrados nas UN do Estado de SC. 2020, Brasil.....	81
Quadro 4 – Distribuição de leitos de UCINCa por município no Estado de SC. 2020, Brasil.....	82
Quadro 5 - Participação das instituições na realização das etapas do Método Canguru. 2020, SC.....	82
Quadro 6 - Biografia dos participantes por tempo de atuação no MC.....	97

Artigo 1:

Quadro 1 - Relação de trabalhos incluídos por título, ano de defesa e Programa de Pós-Graduação de Enfermagem de origem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.....	55
Quadro 2 - Principais desfechos das teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem abordando a temática do Método Canguru, de acordo com o enfoque, investigação e resultados, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

ALCON - Alojamento Conjunto

AP - Atenção Primária

Apice ON - Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

ATSCAM - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CEPEn - Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem

CGSCAM - Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno

CRN - Centro de Referência Nacional

CRE - Centro de Referência Estadual

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HO - História oral

HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IFF/FIOCRUZ - Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IG - Idade Gestacional

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira

IBFAN - *International Baby Food Action Network*

KMC - *Kangaroo Mother Care*

MC - Método Canguru

MDV - Maternidade Darcy Vargas

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NAHRNBP-MC - Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PEN/UFSC - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

PBL – *Problem based learning*

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNHPN - Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento

QUALINEO - Estratégia de Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco

RN - Recém-Nascido

RNPT - Recém-Nascido Pré-termo

RNBP - Recém-Nascido de Baixo Peso

RNEBP - Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso

RNMBP - Recém-Nascido de Muito Baixo Peso

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SC - Santa Catarina

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UN - Unidade Neonatal

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 OBJETIVO GERAL.....	26
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
2 APROXIMAÇÕES COM A LITERATURA.....	28
2.1 A PREMATURIDADE E AS INTERFACES COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À CRIANÇA.....	30
2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO CANGURU.....	34
2.3 PROJETO DE DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: PANORAMA HISTÓRICO E PERSPECTIVAS NO BRASIL.....	42
2.3.1 Implantação e Disseminação do Método Canguru e surgimento dos centros de referência nacionais.....	42
2.3.2 Fortalecimento e capilarização do Método Canguru e a criação dos centros de referência estaduais.....	44
2.3.3 O Método Canguru e o cuidado compartilhado com a Atenção Primária	46
2.4 MÉTODO CANGURU: ESTUDO DOCUMENTAL DE TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA (2000-2017)	49
2.4.1 Artigo 1: Método Canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017)	49
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	68
3.1 O REFERENCIAL DE MICHEL FOUCAULT.....	69
3.1.1 A arqueologia do saber (1961-1969)	70
3.1.2 A Genealogia do poder (1969-1976)	71
3.1.3 Michel Foucault e as tramas do poder e do saber.....	72
3.2 O REFERENCIAL FOUCAULTIANO E AS PESQUISAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE.....	75
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	78
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	78
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO.....	80
4.3 AS FONTES HISTÓRICAS.....	83
4.3.1 Fontes orais.....	83
4.3.2 Fontes documentais.....	85

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	85
4.4.1 Coleta das fontes orais e documentais.....	86
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4.5.1 Crítica e validação dos dados.....	93
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	94
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	96
5.1 MANUSCRITO 1: DA IMPLANTAÇÃO À DISSEMINAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA.....	102
5.2 MANUSCRITO 2: TRANSFORMAÇÕES NA PRÁTICA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO A PARTIR DA DISSEMINAÇÃO DO MÉTODO CANGURU.....	127
5.3 MANUSCRITO 3: RELAÇÕES DE PODER E SABER ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO, DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU.....	152
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
REFERÊNCIAS.....	176
APÊNDICES.....	194
APÊNDICE A - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA.....	195
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	199
APÊNDICE C - CARTA DE CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL PARA A PESQUISA DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU NO ESTADO DE SANTA CATARINA (1996-2019).....	202
APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO: RECORTES DA HISTÓRIA.....	203
ANEXO.....	229
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	230

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública internacional, nacional e regional, conferindo a esta crescente incidência de nascimentos prematuros a correlação com o elevado índice de mortalidade na infância (WHO, 2019; 2020). Anualmente, nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo (WHO, 2020). Os últimos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2018) apontam o montante de 2.944.932 de nascidos vivos no Brasil. Destes, 250.418 nasceram com peso menor que 2.500 g, e 323.676 com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas (SINASC, 2018).

Nesta perspectiva, o Brasil ocupa a 10^a posição entre os países com maiores taxas de nascimento prematuro no mundo (WHO, 2020), índice diretamente relacionado a uma série de fatores, sendo considerado por muitos autores como uma “síndrome multifatorial” (BLENCOWE *et al.*, 2012). Estes, destacam que o parto prematuro pode ocorrer de forma espontânea, por agravo materno ou fetal, ou ainda por indicação iatrogênica (erro de cálculo, cesária eletiva, entre outros), controle inadequado de pré-natal (AHUMADA-BARRIOS; ALVARADO, 2016; PENHA *et al.*, 2019) apontando como principais causas/fatores de risco: a história familiar de parto prematuro; extremos de idade materna (ALMEIDA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020); intervalo interpartal curto; gestação múltipla; doenças prévias como infecções maternas durante a gestação; a presença de hipertensão arterial e/ou diabetes; as condições socioeconômicas não privilegiadas, baixo nível de escolaridade e a raça negra (BLENCOWE *et al.*, 2012; MACHADO; PASSINI JÚNIOR; ROSA, 2014).

Sabe-se que cerca de 75% dos óbitos infantis relacionados à prematuridade poderiam ter sido evitados: através do uso de corticoide antenatal, uso de antibióticos e surfactante, contato pele a pele precoce, dentre outros recursos (LIU *et al.*, 2016; WHO, 2019). Em relação à mortalidade infantil, o Brasil apresentou no ano de 2018 a taxa de 12,4 óbitos por mil nascidos vivos, sendo estes os últimos dados oficiais (IBGE, 2019). Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que totalizam 17, apresentam no terceiro objetivo: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, e convocam dentre diversas ações em saúde, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos (RN) e crianças menores de 5 anos até 2030, para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos e 25 por 1000 nascidos vivos, respectivamente, a partir de um planejamento de ações para atuar estes indicadores (ONU, 2015). O Brasil, neste quesito, praticamente já atingiu a expectativa, assim como quando lançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), reduzindo os índices de mortalidade infantil muito antes do prazo máximo

preconizado. No entanto, vale destacar que esta redução não ocorre de modo uniforme em todo o país, sendo que as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam índices elevados (ROMA, 2019).

Todos os anos, cerca de 30 milhões de RN precisam de cuidado especial hospitalar (incluindo cuidados intensivos). Dentre as afecções acometidas nestas crianças (má formações, lesão cerebral durante o parto, infecções, doenças congênitas, entre outras) destacam-se principalmente a prematuridade e o baixo peso ao nascer (RODRIGUES; BELHAM, 2017; WHO, 2019). A Unidade Neonatal (UN) é o local destinado para a internação e tratamento de RN graves ou potencialmente graves, a qual dispõe de pessoal especializado e tecnologias de assistência à saúde capaz de garantir a sobrevivência destas crianças. Contudo, a caracterização deste cenário configura-se como um ambiente estressante para o bebê e sua família, no qual ruídos constantes de alarmes e luminosidade intensa intimidam a participação dos pais no cuidado (FERREIRA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019). Estudos indicam a necessidade e importância de que se identifique e estabeleça redes de apoio efetivas para estas famílias durante o processo de hospitalização (CONTIM *et al.*, 2017).

A prematuridade exerce influência significativa na vida destas crianças. Um estudo longitudinal apontou que adultos que nasceram prematuramente (pré-termos tardios) apresentaram menor escolaridade e profissões menos qualificadas e são mais mal remunerados do que os nascidos a termo. Estas crianças apresentaram desvantagens socioeconômicas que influenciam sua qualidade de vida (HEINONEN *et al.*, 2013). Compreender a importância do cuidado neste momento de formação cerebral é crucial. Para isso, são necessárias incansáveis sensibilizações da equipe de saúde.

As tecnologias leves e duras configuram avanços significativos na morbimortalidade neonatal, proporcionando que bebês cada vez menores sobrevivam e melhorem sua qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2010; CHI LUONG *et al.*, 2016). Entretanto, atualmente os desafios do atendimento a estes bebês de risco consistem no longo tempo e alto custo de internação e tratamento dos mesmos, configurando risco para o estabelecimento do vínculo familiar e ainda influenciar as taxas de aleitamento materno (IBFAN BRASIL, 2017; BRASIL, 2017a; 2018a; WHO, 2019).

Considerando a necessidade de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado, surge em 1991, em Santos/SP no Hospital Guilherme Álvaro, a primeira proposta do Método Canguru (MC) no Brasil. Em 1994, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando

Figueira em Pernambuco (IMIP), inaugura a “enfermaria Mãe Canguru”, sendo estes serviços precursores da metodologia Canguru no país (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Esta técnica, originada em Bogotá (Colômbia), inicialmente objetivava reduzir custos relacionados à internação (COLOMBIA, 2017). No Brasil, está organizado como Política Pública de saúde a partir do lançamento da “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (NAHRNBP-MC)”, por meio da portaria nº 693/GM de 2000 (revogada e atualizada em 2007 pela portaria SAS/MS nº 1.683). A partir da NAHRNBP-MC, torna-se impossível pensar em Cuidado Neonatal que não atenda a tríade clínica-técnica-humanização igualmente (BRASIL, 2000a; 2007).

A concretização desta Política Pública de saúde configura uma mudança de paradigma no modelo de assistência perinatal brasileira, num Método realizado em três etapas e que propõe ações integradas, como cuidados referentes à humanização com a inclusão dos pais durante o processo de internação, como cuidados para o desenvolvimento neurocomportamental do bebê (BRASIL, 2017a).

A primeira etapa é realizada principalmente na UN, nos ambientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), ocorrendo previamente ao nascimento do bebê a partir da identificação das gestantes de risco. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro busca iniciar vinculação com essas mulheres ainda no pré-natal. Oportuniza-se a participação dos pais no cuidado e a realização do contato pele a pele (BRASIL, 2017a).

A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), na qual mãe e bebê permanecem juntos diariamente na unidade, por 24 horas, realizando o contato pele a pele na maior parte deste período, de modo que se sintam confortáveis. Esta é uma importante etapa para o empoderamento familiar nos cuidados com o RN, viabilizando a alta hospitalar segura (BRASIL, 2017a).

A terceira etapa ocorre após a alta hospitalar, e neste momento tem sido fortemente recomendado um cuidado compartilhado entre a Atenção Primária (AP) e o Hospital de referência da criança (BRASIL, 2017a).

Para a disseminação e fortalecimento do MC, foi adotada como estratégia a criação de Centros de Referências e a capacitação de tutores para a multiplicação do Método no país. O Estado de Santa Catarina (SC) contempla um Centro de Referência Nacional (CRN) desde 2000, localizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em Florianópolis; e um Centro de

Referência Estadual (CRE), localizado na Maternidade Darcy Vargas (MDV), em Joinville, credenciado em 2013 (CUSTÓDIO; COSTA; BORCK, 2015; LAMY *et al.*, 2015a).

O relatório “*Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*” (WHO, 2019), produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), aponta estratégias para os países evitarem o nascimento prematuro, incluindo atendimento de nível primário, secundário e terciário. Segundo este material, o mundo não alcançará a meta global de saúde para todos, a não ser que sejam transformados os cuidados neonatais. Para isto, recomenda-se: atendimento hospitalar aos RN; treinamento de enfermeiros para os cuidados práticos incluindo a família e empoderando-a; elaboração de políticas públicas para o Cuidado Neonatal; e, seguimento das crianças de risco (WHO, 2019).

A OMS publicou em 2015 um *guideline* apontando o Cuidado Canguru como uma forte recomendação baseada em evidência, sendo preferível ao Cuidado Convencional para a estabilidade clínica do RN, manutenção da temperatura, dentre outros desfechos positivos da metodologia (WHO, 2015). A fragilidade desta recomendação está na proposta conservadora, ou seja, recomendação do Cuidado Canguru apenas em bebês clinicamente estáveis. O MC tem o potencial de salvar vidas e mudar a face do atendimento ao RN, conferindo efeito protetor (VESEL *et al.*, 2015; CHARPAK *et al.*, 2017; AIRES *et al.*, 2020). Considerando que o MC deve ser o modelo de acesso do bebê de risco, pré-termo ou baixo peso, e que suas ações impactam significativamente no desenvolvimento destas crianças, este estudo converge com as atuais necessidades de pesquisa do MS.

A minha trajetória no MC iniciou em 2011, ao ingressar na especialização na modalidade Residência em Enfermagem Neonatal da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Após dois anos de intenso aprendizado sobre o universo da prematuridade, e por inquietações sobre a forma dada à continuidade do atendimento destas crianças após a alta hospitalar, senti a necessidade de investigar o atendimento ao bebê pré-termo na AP. Sendo assim, iniciei em 2013 o mestrado em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e, neste mesmo período, comecei a trabalhar na UN da MDV, CRE para o Método.

Na dissertação de mestrado apresentada em 2015, intitulada “Percepções dos profissionais da atenção básica sobre o cuidado ao bebê egresso da unidade neonatal: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru”, identifiquei que, apesar dos até então quase 15 anos desta Política Pública de saúde, esta relação do serviço da AP com o MC se apresenta de maneira tímida, com o conhecimento limitado dos profissionais da AP sobre a

temática. O cuidado a essas crianças ainda é focado no modelo biomédico, frágil com relação às ações de promoção da saúde, e permeado de dúvidas e inseguranças por parte destes profissionais. O processo de referência e contrarreferência na rede de saúde ocorre de forma desorganizada, sem muitos fluxos de atendimento e principalmente sem o registro adequado do seguimento, sendo identificada a subutilização da caderneta de saúde da criança (AIRES, 2015).

Ao finalizar o mestrado, iniciei em 2015 minha trajetória como docente na área da saúde da criança e, ao apresentar nas aulas a “Metodologia Canguru no país”, observava uma lacuna do conhecimento quanto ao processo de implantação do Método no Estado de SC. Neste mesmo ano, foi publicado um livro em comemoração aos 15 anos de política do MC no Brasil, o qual apresenta os avanços e desafios da implantação do Método no país, trazendo a história de implantação em cada CRN (SANCHES *et al.*, 2015).

As reflexões quanto ao ainda frágil processo de disseminação do Método em todas as esferas de atenção à saúde, associadas à escassa literatura sobre a temática no tocante como ocorreu o processo de implantação e implementação do Método no Estado de SC, aflorou a necessidade da realização deste estudo. Aliado às minhas reflexões e indagações, destaca-se que não há literatura oficial sobre o número total de tutores para o MC no Estado, nem tampouco um mapeamento das unidades que implementam as ações do Método e que apresentam as três etapas funcionando integralmente.

Acredita-se que esta investigação, a partir de uma análise histórica, contribui com o avanço do conhecimento na área da saúde e da enfermagem através do aprofundamento sobre o processo de transformação do cenário Estadual no cuidado ao neonato proposto pelo MC, além de fortalecer esta Política Pública de saúde. Com esta investigação, foi possível dar voz aos profissionais que atuam e/ou atuaram no processo de disseminação e fortalecimento do Método no Estado de SC.

Para Maia (2019), os estudos históricos são importantes para a enfermagem, uma vez que a construção da memória coletiva possibilita a tomada de consciência da identidade profissional, permitindo um novo olhar sob a profissão e suas práticas de cuidar. Considerando a problemática apresentada, foi utilizado como referencial teórico os pensamentos do filósofo Michel Foucault e suas concepções sobre o poder e o saber (FOUCAULT, 2019). Em minha atuação profissional pude me deparar com estas relações que sempre permearam a autonomia dos profissionais para a realização das ações do Método. Neste estudo, a partir da análise do discurso dos participantes e a luz do referencial

foucaultiano, buscou-se mostrar de que forma ocorreu a incorporação de novos saberes e novas práticas no cuidado ao RN e sua família, transformando o Cuidado Neonatal.

Segundo o filósofo, o poder não existe, o que existe são as práticas ou relações de poder que se estabelecem na sociedade, ou seja, o poder é algo inerente ao ser humano, é relacional (MATTOS, BAPTISTA, 2015; FOUCAULT, 2019). O autor sugere a realização de uma nova história, de forma descontínua, a partir da crítica.

Foi fundamentada na Nova História que realizei esta pesquisa, entendendo como uma oposição à história tradicional, permitindo ampliar horizontes, não valorizando apenas os acontecimentos de um determinado momento, mas o resultado dessa construção. A Nova História vem ainda revelar a presença de poder, onde a história tradicional não investigava no simbólico, no imaginário (LE GOFF, 1998).

A escolha pela abordagem histórica deve-se ao entendimento que, segundo Bellaguarda (2013), o passado é referência, na qual a história é vivenciada individualmente pela integração de outros indivíduos, permeada por lutas de opostos que se relacionam e sofrem influência do passado e presente, científico e empírico, cultural, econômico, político, religioso e organizações.

Dentre as principais obras de Michel Foucault, esta pesquisa fundamentou-se na obra “Microfísica do poder” (FOUCAULT, 2019), pois as transformações da prática no Cuidado Neonatal em Santa Catarina, implantação, disseminação e fortalecimento do MC no Estado foram imersas às relações de saber e poder que permeavam os personagens envolvidos.

Além dos itens já apresentados, a realização deste estudo justifica-se considerando a agenda de prioridades em pesquisa do MS, que traz no eixo materno-infantil o incentivo de pesquisas que investiguem o perfil de acesso aos serviços de saúde, de educação e assistência social para crianças de 0 a 5 anos; e o Desenvolvimento e/ou avaliação de instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil no Brasil (BRASIL, 2018b).

Garantir a efetividade do Cuidado Canguru, além de garantir a melhoria da qualidade de vida destas crianças (CHARPAK *et al.*, 2017) e reduzir taxas de mortalidade na infância (SEIDMAN *al.*, 2015; VESEL *et al.*, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; CHAN *et al.*, 2016; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020), confere uma redução significativa de gastos do Estado e da União com estes processos de internação (ENTRINGER *et al.*, 2013; ZIRPOLI *et al.*, 2019), que na maioria das vezes são longos e com muitas intervenções (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Em um estudo documental das teses e dissertações produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil, no período entre 2000 e 2017 sobre o MC, identificou-

se que mesmo com todo o investimento governamental nesta importante Política Pública de saúde ainda não há uma correspondência significativa dos estudos nesta temática na área da enfermagem, sendo que em 17 anos de análise foram encontrados apenas 22 trabalhos, sendo três teses de doutorado e 19 dissertações de mestrado (AIRES *et al.*, 2020). Destaca-se ainda que nenhum destes estudos apresentaram em seu resumo o uso do referencial foucaultiano em suas investigações, conferindo a inovação e ousadia desta pesquisa na escolha deste robusto referencial.

Sabendo de toda a literatura nacional e internacional disponível que traz os benefícios do MC (das quais é aprofundada a discussão no capítulo de revisão de literatura), ainda restam os questionamentos: por que mesmo após mais de 20 anos de MC no Brasil a metodologia não é uniformemente implantada em todas as UN do Estado de SC? Porque os profissionais ainda demonstram resistência em aderir a estes cuidados/práticas, considerando todas as recomendações científicas disponíveis? Quais as dificuldades para a implantação e disseminação do Método no Estado? Qual o envolvimento dos gestores para que este processo se concretize? De que forma as relações de poder e saber ocorrem nas instituições para que este saber seja disseminado e esta prática seja implementada (ou não)?

Diante do exposto, questiono: **Como se instituíram as práticas de cuidado do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019, e quais as suas contribuições na assistência aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso?**

Este recorte temporal justifica-se pelo período no qual iniciaram as ações relacionadas ao MC no HU/UFSC, no ano de 1996, sendo este CRN um dos pontos de partida para a coleta de dados deste estudo. Finalizando este marcador histórico no ano de 2019, quando ocorreu o primeiro Encontro Estadual de Tutores de SC, após quase 20 anos de processo de implantação, disseminação e fortalecimento do Método no Estado.

Para responder a essas indagações sobre o processo de implantação, disseminação e fortalecimento do MC no Estado de SC, este estudo teve como objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019 à luz do referencial foucaultiano.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como se deu o processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina e refletir sobre os modos como os novos saberes no Cuidado Neonatal são instituídos na prática;
- Analisar as transformações na prática do cuidado ao recém-nascido e família a partir da disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina;
- Analisar as relações de poder e saber entre a equipe de saúde que permeiam a implantação, disseminação e fortalecimento do Método Canguru.

Defende-se a Tese de que a disseminação e o fortalecimento do Método Canguru no Estado de Santa Catarina emergiram em um cenário de transformação da prática assistencial, sendo permeados por relações de poder-saber entre os profissionais da equipe de saúde em diferentes momentos e contextos da história, trazendo impacto direto na qualidade do cuidado prestado ao RN e sua família.

2 APROXIMAÇÕES COM A LITERATURA

“O Método Canguru não é um dogma, é ciência. Não é para acreditar, é para estudar” (GIANINI, 2015, p. 64).

Abordagens históricas permitem realizar um traçado de conquistas e desafios relacionados ao MC (AIRES *et al.*, 2020). Considerando que nenhuma pesquisa histórica parte do zero, para o seu desenvolvimento o pesquisador tece suas reflexões a partir do que já está posto na literatura. Sendo assim, neste capítulo busca-se trazer as informações disponíveis sobre a temática de estudo a partir de uma revisão narrativa de literatura. Este tipo de investigação permite que seja realizada uma busca ampliada, que contemple políticas públicas, portarias, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, livros, documentos oficiais, artigos, entre outros.

De acordo com Rother (2007), revisões narrativas são utilizadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual, a qual consiste em uma busca sem padrões rígidos que permite captar todos os tipos de materiais produzidos sobre a temática investigada. Esta busca literária, portanto, não tem a pretensão de esgotar a literatura, mas fornecer subsídios ao pesquisador para a desenvolvimento do estudo e contextualizar o leitor sobre o cenário estudado.

Os trabalhos que serão apresentados neste capítulo foram obtidos a partir de buscas em diversas fontes/bibliotecas/bases de dados como: SciELO, PubMed, BDNF, Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme, Medline, Lilacs, catálogo de teses e dissertações da CAPES, catálogo do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEEn/ABEn), publicações do Ministério da Saúde. Dentre os principais descritores e palavras-chave empregados, estão: “Método Canguru” ou “Método Mãe Canguru” ou “Mãe Canguru” ou “*Kangaroo Mother Care*”.

Sobre o Cuidado Canguru, é importante destacar que ainda não há uma compreensão universal sobre o que o termo/expressão significa. Uma revisão sistemática com o objetivo de descrever as definições atuais deste cuidado identificou que existe heterogeneidade internacional significativa na definição “*Kangaroo Mother Care*” (Cuidado Mãe Canguru) (CHAN *et al.*, 2016).

Na literatura internacional, o contato pele a pele (ou seja, a Posição Canguru) é apresentado como sinônimo do Cuidado Canguru (CHAN *et al.*, 2016), independente do uso dos termos “Método Mãe Canguru” ou “Método Canguru”. No Brasil, o Método é

compreendido como uma estratégia muito mais ampla, que envolve uma série de ações articuladas que visam favorecer a sobrevivência e o desenvolvimento do bebê pré-termo, sendo que a promoção do contato pele a pele precoce e prolongada está sustentada nos pilares: participação familiar nos cuidados, neuroproteção e cuidados com a ambiência nas UN, promoção ao aleitamento materno e o cuidado individualizado. No Brasil, não é mais utilizada a denominação “Método **Mãe** Canguru”, e sim “Método Canguru”, por compreender a importância da participação de todo o núcleo familiar da criança. Esta mudança na nomenclatura foi oficializada em 2000, com o lançamento da Política Pública NAHRNBP-MC (BRASIL, 2017a).

Por muito tempo não havia um descritor na língua portuguesa que se referisse ao “Método Canguru”. O descritor usado inicialmente foi “Método Mãe Canguru”, o que caracterizava um viés linguístico importante para a realidade da metodologia na perspectiva brasileira. Atualmente, encontra-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) o descritor “Método Canguru” (OLIVEIRA *et al.*, 2015). No entanto, percebe-se ao realizar buscas de materiais científicos sobre a temática que, apesar da inclusão do descritor exato, os estudos brasileiros ainda utilizam erroneamente os termos “Método Canguru”, “Posição Canguru”, “Cuidado Mãe-Canguru” e “Método Mãe Canguru” como sinônimos (OLIVEIRA *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2019; AIRES *et al.*, 2020).

A atual definição da OMS para o MC ainda considera, essencialmente, o contato pele a pele com a mãe, ampliando as divergências de compreensão:

The definition of Kangaroo mother care (KMC) is care of preterm infants carried skin-to-skin with the mother. Its key features include early, continuous and prolonged skin-to-skin contact between the mother and the baby, and exclusive breastfeeding (ideally) or feeding with breastmilk (WHO, 2015. p. 42).¹

Esta incongruência internacional apresentada sobre o uso da nomenclatura potencializa a possibilidade de vieses interpretativos na busca de conteúdo científico. Para implementar os Cuidados Canguru efetivamente é necessário o desenvolvimento de uma definição universal.

O resultado desta revisão narrativa é apresentado nos quatro subcapítulos que seguem:

1. A prematuridade e as interfaces com as políticas públicas de saúde à criança;

¹ “A definição do cuidado mãe canguru é o cuidado de bebês pré-termos colocados pele a pele com a mãe. Suas principais características incluem o contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebê, e o aleitamento materno exclusivo (preferencialmente) ou a alimentação com leite materno” (tradução nossa).

2. Política de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Canguru);
3. Projeto de disseminação e fortalecimento do Método Canguru: panorama histórico e perspectivas;
4. Método Canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017)

2.1 A PREMATURIDADE E AS INTERFACES COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À CRIANÇA

A OMS conceitua nascimento prematuro como todo aquele que ocorre até 36 semanas e 6 dias de gestação. Estes bebês são ainda classificados como: pré-termos moderado a tardio, quando apresentam entre 32 a 37 semanas de IG; muito prematuro, quando nascidos entre 28 a 32 semanas; e, prematuro extremo, quando menores de 28 semanas de IG (WHO, 2020). Mais de 70% de todos os RN que nascem prematuramente são pré-termo tardio ou *late preterm* (34 a 36 semanas de gestação), e que embora não tenham nascido tão precocemente, apresentam elevado risco para alterações do neurodesenvolvimento, infecções, distúrbios alimentares, além de taxas elevadas de reinternação hospitalar, sendo a prematuridade tardia considerada uma nova epidemia (MACHADO; PASSINI JÚNIOR; ROSA, 2014; SANTOS, 2010).

Com relação ao peso de nascimento, podem ser considerados como Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP), quando apresentam peso menor que 2.500 g; Recém-Nascido de Muito Baixo Peso (RNMBP), quando o peso ao nascimento é menor que 1.500 g; e Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso (RNEBP), quando o peso ao nascimento é menor a 1.000 g (WHO, 2004).

A neonatologia (do grego, *neo*: novo, *nato*: nascimento, *logos*: estudo), é uma ciência nova que surgiu a partir da pediatria, em meados do século XIX, embora seu termo tenha sido incluído na nomenclatura médica apenas em 1963, por Alexander Schaffer (SOUZA, 2011). Pierre Budin, obstetra francês precursor da neonatologia moderna, foi o primeiro autor a escrever sobre a prematuridade em 1888, passando a iniciar cientificamente a medicina neonatal (AVERY, 1999).

Stéphane Tarnier idealizou a primeira incubadora em 1878, adaptada por Budin, sendo estabelecidos pela primeira vez cuidados para bebês pré-termos e de baixo peso ao nascer. Em 1892, juntamente com Budin, iniciou o ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris (AVERY, 1999; CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999). Martin Couney, aluno de

Budin, criou a primeira UTIN no ano de 1896, nos Estados Unidos. O neonatologista August Ritter Von Reuss descreveu a ventilação com pressão positiva contínua em 1911, conferindo significativa mudança para o prognóstico dos pré-termos (SOUZA, 2011).

Embora seja uma ciência relativamente nova, a neonatologia evoluiu rapidamente e encontra-se em constante crescimento. Os investimentos nesta área apontam resultados favoráveis para a sobrevivência de bebês cada vez menores, sendo atualmente o interesse das pesquisas também relacionado ao seguimento destas crianças, a partir do acompanhamento do seu crescimento e estratégias para a redução de possíveis sequelas relacionadas à prematuridade (COSTA; PADILHA, 2010; WHO, 2015; CHI LUONG *et al.*, 2016; CHARPAK *et al.*, 2017)

Segundo a OMS (WHO, 2020), as principais causas de morte em crianças menores de cinco anos estão relacionadas a complicações durante o parto (com ênfase para o parto prematuro), pneumonia, diarreia, septicemia neonatal e malária. Cerca de um milhão de bebês morrem anualmente em decorrência da prematuridade. O crescente aumento da incidência de nascimento prematuro é um problema de saúde pública, sendo as infecções na gestação uma das suas principais causas. Atualmente, a cada dez bebês que nascem no mundo, um é pré-termo (WHO, 2020). A preocupação com o parto prematuro está diretamente relacionada com os altos índices de morbimortalidade neonatal, sendo que ações simples de cuidado podem evitar a maioria destes óbitos (COSTA, 2005; SEIDMAN *al.*, 2015; VESEL *et al.*, 2015; WHO, 2015; 2020; BOUNDY *et al.*, 2016; CHAN *et al.*, 2016; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020).

O MS brasileiro vem instituindo políticas públicas com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e melhorar o atendimento ao RN (LEAL *et al.*, 2018). As primeiras políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil iniciaram no país na década de 1970 e tinham como foco a atenção ao pré-natal e puerpério, sendo que até este período o RN não era compreendido como um sujeito de cuidado, estando ligado às políticas de saúde da mulher. No ano de 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, objetivando a redução da mortalidade materna e infantil (COSTA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) foi lançado em 1983 com a intenção de qualificar o atendimento e melhorar as condições de saúde da mulher e da criança. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado virando Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (LEAL *et al.*, 2018).

Com a criação do PAISC foram realizados significantes avanços para a garantia do seguimento do crescimento e desenvolvimento das crianças, além de ações para o controle de diarreias, desidratação e infecções (BRASIL, 2011a). Um marco importante foi a criação do Cartão da Criança, importante documento para o registro do seguimento, que desde 2005 é conhecido por Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011a). Este instrumento, que tem como objetivo garantir o seguimento a partir do cuidado integral da criança, ainda é muitas vezes subutilizado e negligenciado pelos profissionais de saúde, tornando o atendimento vulnerável ao depender que os pais ou responsáveis transmitam as condutas adotadas ao percorrerem a trajetória terapêutica nos diversos níveis de atenção à saúde (AIRES *et al.*, 2017).

A Constituição de 1988 contribuiu significativamente para a proteção à maternidade e à infância a partir da garantia de diversos direitos relacionados à saúde e bem-estar materno-infantil, bem como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (BRASIL, 1988; 1990). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela OMS e UNICEF, vem sendo desde 1990 uma aliada para as boas práticas na assistência ao neonato e apoio à amamentação (UNICEF, 2010). Vale destacar que neste período até meados da década de 1990, as principais ações do MS com relação a neonatologia estavam focadas em estratégias relacionadas ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

Aliada a IHAC está o Alojamento Conjunto (ALCON), que confere proteção à maternidade, ao aleitamento materno e à infância. Em 1983, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), atualmente extinto, publicou a Portaria nº 18 do INAMPS/MS, tornando obrigatório o Alojamento Conjunto em todos os hospitais públicos e conveniados. Transcorridos 10 anos de sua publicação, verificou-se que a permanência de mãe e filho juntos, 24 horas por dia, não era uma realidade em grande parte dos hospitais no país. Diante disto, em 1993 foi feita uma revisão da antiga portaria do INAMPS, sendo publicada nova portaria sobre o assunto, a Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993, já que se identificou que alguns dos critérios relativos a recursos físicos e humanos dificilmente poderiam ser adotados por todos os hospitais brasileiros, sobretudo aqueles das áreas mais carentes (BRASIL, 1993).

A criação da Estratégia Saúde de Família (ESF) em 1994 e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) em 1997 fortaleceram a AP para atuar de modo preventivo e promover a saúde a partir de ações de educação em saúde e identificação de situações de risco (BRASIL, 2003a).

Em 1998 foi criada a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), atualmente denominada de Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do MS, que tem como atribuição promover e vigiar ações de atenção integral da saúde da criança (BRASIL, 2011a). No ano 2000 foi publicada a normatização que seria o divisor de águas para o atendimento neonatal no país, a NAHRNBP – MC (BRASIL, 2013a), abordada separadamente no subcapítulo seguinte.

Seguindo a vertente da humanização, uma série de políticas e programas foram lançados neste período, a saber: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN) em 2000; Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2001; Programa Nacional de Humanização ao Parto; Política Nacional de Humanização (PNH – Humaniza SUS) em 2002; e, Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2000b, 2001; 2002; 2003b; LEAL *et al.*, 2018).

Em 2011, a Rede Cegonha foi lançada através da Portaria nº 1.459/GM como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde para o país, favorecendo a revisão de conceitos e valores. Esta ação reforça a importância da permanência do RN ao lado da mãe, do contato pele a pele, além de incentivar e apoiar o aleitamento materno. Esta política garante todas as triagens neonatais como o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha; e assegura leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa para bebês graves/de risco. Prevê a qualificação do atendimento da AP para a participação no cuidado ao binômio mãe e RN (BRASIL, 2011b; c).

Em 2014 a Portaria nº 1.153/GM redefine os critérios de habilitação IHAC como uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e inclui como critério que seja garantida a permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24 horas por dia e de livre acesso, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde (BRASIL, 2014).

Um grande avanço para a saúde da criança foi o lançamento da “Política de Atenção Integral à Saúde da Criança” (PNAISC), no ano de 2015, pela portaria nº 1.130/GM/MS, organizada em sete eixos estratégicos com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, garantindo o direito à vida e à saúde. Esta política traz em seu primeiro eixo: I, Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN, no qual compreende que a atenção humanizada ao RN pré-termo e de baixo peso, grave ou potencialmente grave deve ocorrer fundamentada no MC, a partir de

qualificação da atenção neonatal e garantia de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa (BRASIL, 2015a).

No ano de 2017 foi lançado pelo MS em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino (ABRAHUE), o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora, o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON). Integrado à Rede Cegonha, este Projeto busca atuar no período de 2017 a 2020 diretamente nas práticas de atenção ao parto e nascimento a partir da capacitação dos hospitais de ensino, envolvendo 97 serviços de saúde. Apresenta como pilares: 1) a atenção ao parto e nascimento; 2) situação de violência sexual; 3) planejamento reprodutivo; 4) situação de abortamento; nas bases do ensino baseado em evidências científicas e atenção humanizada (BRASIL, 2017b).

Neste mesmo período estão sendo desenvolvidas ações com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, a partir da Estratégia de Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco – QUALINEO. Traz 10 passos para o Cuidado Neonatal, sendo o sétimo a recomendação da prática do MC, integrando toda a equipe multiprofissional no cuidado individualizado (IFF/FIOCRUZ, 2019a).

A partir do fortalecimento das políticas públicas de saúde para a inclusão da saúde da criança o Brasil apresentou a redução de 77% da mortalidade infantil no período de 1990 a 2012, atendendo com três anos de antecedência a quarta meta dos ODM, que preconizava a redução de 2/3 da mortalidade infantil. Nesta perspectiva, o país passou de 58 mortes para cada mil nascimentos em 1990 para 16/1000 em 2012 (ALMEIDA, 2015; LEAL *et al.*, 2018). Com o último registro da taxa de mortalidade infantil datando o ano de 2018, com 12,4 óbitos para mil nascidos vivos, atualmente o país atende aos novos ODS também muito antes do prazo máximo preconizado (ONU, 2015).

2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO - MÉTODO CANGURU

A Metodologia Canguru foi idealizada na Colômbia, em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá pelos médicos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez. O Método é reconhecido principalmente pela “Posição Canguru” (entretanto, como já discutido anteriormente neste capítulo, existem divergências internacionais e nacionais quanto às

definições deste cuidado), na qual coloca-se o bebê na posição vertical e supina em contato pele a pele junto ao peito de seus pais. Esta posição previne o refluxo gastroesofágico, a aspiração pulmonar, além de favorecer a manutenção da temperatura (LAMY *et al.*, 2005; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016; BRASIL, 2017a; COLOMBIA, 2017; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020).

O Método vem sendo aplicado com diferentes objetivos, de acordo com as necessidades de cada país. Na concepção brasileira, são propostas ainda ações de humanização para a atenção ao desenvolvimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, estimulando cuidados com ambiência como a redução de ruídos e luminosidade na UN, bem como o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Atua fundamentalmente nos pilares aleitamento materno, inclusão dos pais nos cuidados e qualificação profissional para o atendimento (BRASIL, 2017a; 2018a; FERREIRA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019).

A proposta iniciada na Colômbia tinha como objetivo reduzir os custos da assistência perinatal e solucionar a pouca disponibilidade de equipamentos, já que nesta realidade, devido a recursos escassos, dois ou mais RN eram colocados juntos na mesma incubadora, acarretando uma elevada taxa de mortalidade por infecções cruzadas. Sendo assim, buscava-se a alta hospitalar precoce com acompanhamento ambulatorial, possibilitando a desmedicalização e desospitalização, o que reduziria os custos com a internação (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2017a; 2018a; COLOMBIA, 2017).

Por ser um modelo que contrariava o até então atendimento tecnocrata e estar principalmente relacionado à redução de custos de internação, o Método sofreu uma série de críticas desde a sua implantação, principalmente dos países desenvolvidos, que consideravam esta uma medida para países de terceiro mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A transformação da concepção do modelo curativo e tecnicista foi processual e lenta, sendo ainda encontradas barreiras para a implementação de tecnologias leves às tecnologias duras (GONTIJO *et al.*, 2012; FARIAS *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019).

O MC na realidade brasileira surge em 1991 no Hospital Estadual Guilherme Álvaro, em Santos - São Paulo (SP), que apresentava uma pequena unidade para o alojamento da mãe com o seu bebê. Em 1994 o IMIP, atualmente conhecido como Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira também passou a desenvolver cuidados baseados na proposta do *Madre Canguru*. E no ano de 1997 o IMIP, com o projeto “Enfermaria Canguru”, foi um dos finalistas do concurso de projetos sociais “Gestão Pública e Cidadania”, realizado pela Fundação Ford e Fundação Getúlio Vargas com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), inaugurando a Unidade Mãe Canguru

(OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em 1999, a Secretaria de Políticas Públicas de Saúde do MS, a partir da Área Técnica de Saúde da Criança estabeleceu um grupo de trabalho com o objetivo de organizar, padronizar e ampliar as experiências em curso no país relacionadas à Metodologia Canguru. Composto por representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), UNICEF, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal, Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo, IMIP e BNDES (GIANINI, 2015).

A partir da análise das observações da aplicação da Metodologia Canguru nos diferentes hospitais e maternidades, foi organizado um relatório, estruturado em normatização e lançado em 2000 como a NAHRNBP – MC por meio da portaria nº 693/GM, sendo o primeiro país a adotar o MC como Política Pública e padronizar seus procedimentos (BRASIL, 2000a; 2017a). Sendo formalizado no país como uma Política Pública de saúde, a concepção brasileira do Método não visa economizar recursos humanos ou técnicos, mas aprimorar o atendimento perinatal, com foco na humanização (BRASIL, 2017a).

A elaboração da NAHRNBP – MC aproveitou o momento fértil em que o país passava com relação à atenção ao RN e sua família, sendo associadas as correntes mais modernas nesta temática, nas quais são discutidas até a atualidade as necessidades biológicas, técnicas-científicas que atendessem todas as necessidades dos sujeitos envolvidos no contexto da prematuridade, como atenção ao neurodesenvolvimento infantil, atenção psicoafetiva, bem como cuidados com quem cuida, atendendo as necessidades tanto dos familiares como dos profissionais de saúde envolvidos, sabendo que estes são fundamentais para o sucesso do Método, necessitando ser intensamente motivados e sensibilizados (MARBA *et al.*, 2015; PAIM; ILHA; STEIN BACKES, 2015; SILVA *et al.*, 2015; 2018; ALMUTAIRI, LIDINGTON-HOE, 2016; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Um grande avanço para esta importante Política Pública de saúde ocorreu em 10 de maio de 2012, com o lançamento da Portaria nº 930/GM-MS, que em consonância com a Rede Cegonha favorece e normatiza as três etapas do Método Canguru no SUS, a partir da ampliação de mais de 1000 leitos de UTIN, habilitação de leitos de UCINCa regulamentando sua existência, e caracterizando a continuidade do cuidado na alta hospitalar (BRASIL, 2012; LAMY *et al.*, 2015a).

Esta portaria foi estrategicamente elaborada, definindo a garantia da NAHRNBP-MC e trazendo normativas para a assistência ao neonato, seja de recursos humanos e materiais, além de trazer definição dos leitos, ficando a unidade neonatal composta por:

- I – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- II – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas categorias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Em 2013, a Portaria nº 3.389/GM revoga parcialmente e acrescenta à Portaria nº 930/GM, definindo ajustes para classificação e habilitação de leitos das UN, além de definir sua ampliação preconizando que cada UN possua no mínimo um terço de leitos de UCINCa (BRASIL, 2013b).

O MC é proposto previamente ao nascimento do bebê, a partir da identificação das gestantes de risco que apresentam possibilidade de dar à luz a um Recém Nascido Pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso. É metodologicamente organizado em três etapas, conforme apresentado a seguir:

Primeira Etapa: ocorre na UTIN e/ou na UCINCo. Nesta fase é o momento da acolhida dos pais na UN, de modo que favoreça o estabelecimento do vínculo dos mesmos com o bebê. É indispensável que se garanta o livre acesso dos pais à unidade, bem como do grupo familiar estendido, possibilitando o suporte psicológico da rede de apoio familiar. A equipe deve estar disponível para retirar as dúvidas dos pais, ouvir suas angústias e medos, além de encorajar os pais para que iniciem os cuidados com o seu filho (BRASIL, 2017a; 2018a).

Nesta etapa, deve-se oferecer aos pais a possibilidade de realizar o contato pele a pele o mais precoce possível e incentivar a mãe quanto à lactação e retirada do leite, facilitando a sua permanência no hospital com seu filho especialmente nos primeiros cinco dias, além de auxiliar a família quanto a dinâmica familiar para que seja possível a ida diária da mãe ao hospital após a alta materna, fornecendo suporte com transporte e alimentação. Durante o período de internação neonatal são adotadas medidas que favoreçam a ambiência, como a redução da iluminação e dos ruídos, bem como a redução de estímulos desnecessários, agrupamento de cuidados e atenção humanizada à dor, já que manipulação excessiva destes bebês conferem risco para o seu desenvolvimento cerebral. Atualmente, é comprovado que a realização destas ações de forma integrada é capaz de favorecer o desenvolvimento do bebê (ORSI *et al.*, 2015; BRASIL, 2017a; 2018a; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; O'BRIEN

et al., 2018; TESTONI; AIRES, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020).

Segunda etapa: ocorre na UCINCa, ambiente no qual a mãe permanece junto a seu bebê com o objetivo de realizar a “Posição Canguru” (contato pele a pele) a maior parte do tempo possível, sendo este período não estipulado, ajustado conforme a satisfação da criança e da mãe. A família deve desejar participar desta etapa, que tem como objetivo preparar a família para a alta hospitalar a partir do empoderamento dos pais para o cuidado com o seu filho (TESTONI; AIRES, 2018). Nesta etapa, a criança deve estar clinicamente estável, sem necessitar de suporte ventilatório. Sua nutrição deve ser plena e o ganho de peso satisfatório, sendo que a utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência. O peso mínimo do lactente deve ser de 1.250 g e seu ganho de peso diário maior que 15 g (BRASIL, 2017a; 2018a).

A utilização do MC tem progressivamente diminuído a necessidade de leitos de UCINCo e aumentado a necessidade de leitos de UCINCa (LAMY *et al.*, 2015b). A internação em UCINCa tem se mostrado mais vantajosa considerando os custos com a internação. Uma análise comparativa entre o custo da UCINCa e da UCINCo sob a perspectiva do SUS, no município do Rio de Janeiro, simulou uma coorte hipotética de mil recém-nascidos elegíveis para cada uma destas unidades de internação. O custo da diária foi de R\$343,53 para a UCINCa e de R\$394,22 para a UCINCo (R\$ 50,69 reais mais barato que a internação convencional), o que resultou na coorte hipotética de R\$5.710.281,66 gastos para a assistência em UCINCa e terceira etapa, contra R\$7.119.865,61 para UCINCo, correspondendo a uma redução de 16% dos gastos (ENTRINGER *et al.*, 2013).

Em um estudo financiado pelo MS, realizado em 2005 em 16 unidades que possuíam ou não a segunda fase do MC com o objetivo de avaliar a metodologia, incluiu 985 RN pesando entre 500 a 1749 g. As unidades Canguru apresentaram melhores índices de aleitamento materno exclusivo na alta (69,2% vs 23,8%) e menores taxas de reinternação (9,6% vs 17,1%) (LAMY FILHO *et al.*, 2008). Entretanto, outro estudo identificou que, apesar da disponibilidade de leitos de UCINCa em 50% dos dias analisados, as maternidades apresentavam RN elegíveis para a segunda etapa internados em UTIN ou UCINCo. Considerando como possíveis fatores limitantes para esta etapa questões socioeconômicas maternas, recomendando estudos que analisem critérios de elegibilidade materna a partir de estudos de perfil destas famílias (MACHADO; PASSINI JÚNIOR; ROSA, 2014).

Ainda são poucos os serviços que dispõem de UCINCa, mesmo após a Portaria nº 3.389/GM definir a obrigatoriedade de que possuam no mínimo um terço de leitos nestas

condições. O processo de implantação do MC em sua totalidade ainda é moroso em todo o país (GONTIJO *et al.*, 2012; GESTEIRA *et al.*, 2016). Uma das principais dificuldades apresentadas nos estudos está relacionada à adequação da estrutura física das unidades para atenderem a esta etapa (GONTIJO *et al.*, 2012; GESTEIRA *et al.*, 2016; ELY *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019).

Terceira etapa: esta fase diz respeito ao acompanhamento da criança após a alta hospitalar, ambulatorialmente ou no domicílio, incentivando a desospitalização precoce, apesar de exigir a agenda aberta dos serviços de saúde e a possibilidade de reinternação do bebê, caso necessário. Os pais devem estar seguros quanto aos cuidados com o bebê e a família deve ser orientada a manter os cuidados relacionados ao MC e a realizar a “Posição Canguru” em casa, na maior parte do tempo possível. Para a alta hospitalar, o bebê deve ter peso mínimo de 1600 g, estar clinicamente estável, apresentar adequado ganho de peso nos três dias que antecederem a alta e alimentação plena (aleitamento materno exclusivo ou cuidadores seguros quanto à oferta de complemento, se necessário) (BRASIL, 2017a; 2018a).

O seguimento do bebê em terceira etapa deve ocorrer de modo sistematizado, sendo realizada a primeira consulta em até 48 h após a alta hospitalar, preferencialmente, e em seguida realizadas pelo menos três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja 2.500 g, quando poderá receber a alta do MC, dependendo de sua condição clínica. Nestas consultas, são realizadas avaliações referentes ao ganho de peso do bebê, do vínculo familiar e rede de apoio, a identificação dos fatores de risco e dificuldades nos cuidados domiciliares, necessidades de encaminhamento para especialidades e o acompanhamento do desenvolvimento da criança (BRASIL, 2017a; 2018a).

O MS preconiza que este acompanhamento seja realizado de modo compartilhado entre hospital e a Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2015b; 2017a; 2018a), embora na atual conjuntura do país isto ainda não é uma realidade. Estudo que investigou quais as interfaces da terceira etapa do MC com a AP no cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso, identificou que o conhecimento destes profissionais é limitado sobre a temática e que os mesmos se sentem muitas vezes desamparados e despreparados para atender a estes bebês de risco (AIRES, 2015). Foi identificado um cuidado ainda centrado no modelo biomédico e frágil no que tange a promoção à saúde, necessitando de investimentos políticos para a capacitação dos profissionais sobre o Método e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a organizações de fluxos e contrarreferência para esse atendimento, garantindo a realização da terceira etapa do MC também na AP (AIRES, 2015; AIRES *et al.*, 2015).

Atualmente, está em voga a preocupação com o seguimento destas crianças, sendo incentivado pelo MS ações que fortaleçam a referência e contrarreferência destas crianças e suas famílias de maneira facilitada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL 2015b; 2017a). No entanto, identificou-se que esse processo ainda é precário, sem registro adequado de condutas e encaminhamentos durante o itinerário terapêutico, sendo a Caderneta de Saúde da Criança muitas vezes subutilizada e ficando sob responsabilidade dos pais e/ou cuidadores o repasse das informações (AIRES *et al.*, 2017).

Considerando a necessidade da atuação na prática profissional baseada em evidências científicas, não diferentemente, o MC vem sendo no decorrer dos anos interesse de estudos internacionais e nacionais (principalmente após o lançamento da NAHRNBP – MC). Mudar o processo de trabalho trata-se de uma tarefa árdua. Rever valores, práticas é um exercício muitas vezes desconfortável, pois convida o profissional a sair da sua “zona de conforto” para experimentar o novo.

Para Gianini (2015), uma alternativa para que se obtenha sucesso neste processo está em modificar a argumentação, ao invés de ser uma “boa prática” utilizar a “prevenção de dano”, sendo este último o conceito necessário ser discutido nas UN. Ao ser iniciada a Metodologia Canguru no país, ainda eram raras as apresentações científicas que traziam a temática e, como toda nova recomendação no âmbito da saúde, era por vezes “alertado” para os riscos e necessidade de estudos investigativos que fundamentassem a eficácia destas diretrizes (GIANINI, 2015).

A participação de diversas instituições formadoras foi um grande diferencial para o MC no Brasil a partir de capacitações de residentes e inclusão da temática nos currículos de graduação e pós-graduação. Várias teses de doutorado e dissertações de mestrado vem sendo defendidas, assim como publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. No campo da enfermagem, vale destacar a participação da UFSC em um estudo documental realizado sobre as teses e dissertações de enfermagem sobre o MC (AIRES *et al.*, 2020). Os resultados deste estudo compõem o quarto subcapítulo desta revisão de literatura.

Cientificamente comprovado como uma tecnologia diferenciada, a partir de uma assistência de qualidade quando comparado aos cuidados convencionais, o MC destaca-se fundamentalmente quanto ao maior ganho de peso dos RN durante e após a internação (SARPARAST *et al.*, 2015; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; GONUGUNTLA; METGUD; MAHANTSHETTI. 2018; SOUZA *et al.*, 2018; SHATTNAWI, AL-ALI, 2019; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020); menor número de ocasiões de apneias (JAYARAMAN *et al.*, 2017;

SHATTNAWI; AL-ALI, 2019); melhor manutenção da temperatura (SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; GONUGUNTLA; METGUD; MAHANTSHETTI. 2018; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020); melhor manutenção dos sinais vitais (ZIRPOLI *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2020); destaque na prevalência e taxas de AM (SARPARAST *et al.*, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016; JAYARAMAN *et al.*, 2017; MANTELLI *et al.*, 2017; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; ALVES *et al.* 2019; GHOJAZADEH *et al.*, 2019; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020); menor propensão de choro em padrão contínuo e melhora do sono (GESTEIRA *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; SHATTNAWI; AL-ALI, 2019); melhor controle da dor, estresse e desenvolvimento neuropsicomotor (SARPARAST *et al.*, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016; GESTEIRA, *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; LOTTO; LINHARES, 2018; ZIRPOLI *et al.*, 2019; FORDE *et al.*, 2020); melhor vínculo entre os pais e RN (SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; TESTONI; AIRES, 2018; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020) menor tempo de internação (SARPARAST *et al.*, 2015; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; SOUZA *et al.* 2018; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020), custos de internação reduzidos (ENTRINGER *et al.*, 2013; ZIRPOLI *et al.*, 2019); redução da mortalidade infantil (SEIDMAN *et al.*, 2015; VESEL *et al.*, 2015; WHO, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; CHAN *et al.*, 2016; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020) e melhora do prognóstico e qualidade de vida (CHARPAK *et al.*, 2017); sendo, portanto, sua prática fortemente recomendada pelas evidências (GIANINI, 2015; WHO, 2015; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016).

O Cuidado Canguru apresentou uma redução de 40% da mortalidade na alta hospitalar comparado às taxas obtidas no Cuidado Convencional (WHO, 2015). Outro estudo de revisão sistemática apontou que nesta comparação, o MC foi associado a 36% de redução em mortalidade (BOUNDY *et al.*, 2016).

As evidências indicam que o MC é uma tecnologia leve segura que deve ser priorizada no cuidado ao Recém-Nascido Pré-termo de Baixo Peso (RNPTBP) em comparação aos cuidados neonatais convencionais. O MC reduz significativamente o risco de mortalidade na alta hospitalar, aumenta o ganho de peso e as taxas de aleitamento materno exclusivo na alta. Os principais desafios para futuras investigações consistem em avaliar as evidências sobre o uso do contato pele a pele precoce (nas primeiras 24 horas após o nascimento) em RNBP não estáveis bem como estudos de seguimento do desenvolvimento destas crianças (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016).

Embora passados quase 30 anos do MC no Brasil, estudos indicam resistências e dificuldades para a sua implantação (FARIAS *et al.*, 2017) e baixa compreensão dos profissionais sobre esta importante Política Pública de saúde, sendo o cuidado ainda realizado de forma fragmentada e focado no modelo biomédico (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016).

2.3 PROJETO DE DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU: PANORAMA HISTÓRICO E PERSPECTIVAS NO BRASIL

Nesta seção são apresentados diferentes momentos e estratégias de disseminação, fortalecimento e consolidação da política governamental MC em todo Brasil.

2.3.1 Implantação e Disseminação do Método Canguru e surgimento dos centros de referência nacionais

A trajetória do MC no Brasil inicia em 1991 no Hospital Estadual Guilherme Álvaro (SP) e em seguida no IMIP, no ano de 1994. Em janeiro de 1999, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, no qual participaram hospitais localizados no Ceará, Paraíba, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, que já realizavam esta prática juntamente com representantes da Área Técnica de Saúde da Criança do MS. No mês de março do mesmo ano, o BNDES patrocinou um grande evento aberto ao público na cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de apresentar o então novo modelo de assistência ao RNPT (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Após o evento do Rio de Janeiro, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Criança, estabeleceu um grupo de trabalho com o objetivo de traçar diretrizes para organizar, padronizar e ampliar as diferentes experiências do Método em curso. Este grupo era composto por representantes da SBP, FEBRASGO, OPAS, UNICEF, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Secretarias do Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal e São Paulo, IMIP e BNDES. O documento resultante deste serviço em conjunto seria a futura NAHRNBP-MC (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ao ser lançada a NAHRNBP-MC em 2000, era vital uma ampla divulgação e implementação. Sendo assim, emergiu a necessidade de garantir estratégias para a disseminação do Método, compreendendo os mais diversos cenários culturais, sociais e econômicos encontrados pelo país. Foi constituído um grupo de trabalho que criou um manual que detalhava toda a metodologia e trazia também informações clínicas sobre o RNBP. Neste

momento, foram definidos os CRN, estrategicamente espalhados de forma que atendessem todas as regiões do país, responsáveis por disseminar o Método. Os profissionais de atuavam nos CRN ficaram responsáveis por capacitar profissionais de diferentes unidades hospitalares através de cursos teórico/práticos, com 40 horas de duração, teoricamente fundamentados pelo Manual Técnico do Canguru (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Nesta época, os CRN eram:

- Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) (Recife - PE);
- Maternidade Escola Assis Chateaubriand juntamente com o Hospital Cesar Cals (Fortaleza – CE);
- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (São Luis - MA);
- Cinco maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro – RJ);
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis - SC).

Logo depois, instituíram-se mais dois CRN:

- Hospital Regional de Taguatinga, da Secretaria de Saúde do GDF (Brasília – DF);
- Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS) da Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo – SP).

Estes CRN foram selecionados para apoiar o MC por já estarem atuando em seus serviços com uma assistência voltada para a humanização e inicialmente pela realização do contato pele a pele. Nestes centros encontram-se atualmente grande parte dos consultores nacionais responsáveis pela divulgação, capacitação, avaliação e monitoramento do Método (COSTA *et al.*, 2015; SANCHES *et al.*, 2015; DELGADO, 2020).

No ano de 2002, o programa de disseminação do MC do MS recebeu o prêmio Racine, que tem como objetivo identificar, valorizar, reconhecer e divulgar ações transformadoras das condições de saúde da sociedade brasileira (BRASIL, 2013a). Em 2004, o 1º Seminário Internacional sobre a Assistência Humanizada ao RN e o 5º Workshop Internacional sobre o MC, no Rio de Janeiro, conferiu visibilidade internacional para o Método na proposta brasileira (BRASIL, 2013a).

Este período configura-se como uma fase de intensa sensibilização de profissionais e gestores, produção de materiais didáticos, conceitos e diretrizes do Método. Foram

capacitados cerca de 7.200 profissionais de saúde das 27 unidades federativas brasileiras (LAMY *et al.*, 2015a).

2.3.2 Fortalecimento e capilarização do Método Canguru e a criação dos centros de referência estaduais

Embora todos os esforços e trabalho do MS e dos profissionais dos CRN para a disseminação e divulgação do MC, ainda eram poucas as UN que conseguiam implementar as três etapas conforme proposta do Método. No ano de 2008, o MS lança o “Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru” no Brasil, tendo como objetivo principal desenvolver ações contínuas e complementares que contribuam com a implantação do Método em todo o território nacional, descentralizando as ações de gestão entre o MS, Estados e municípios. A partir deste período, é adotada uma nova estratégia de capacitação dos profissionais de saúde, formando tutores para o fortalecimento do Método, buscando a capilarização da política governamental (LAMY *et al.*, 2015a; BRASIL, 2017a).

Neste sentido, em 26 de junho de 2009 foi realizado na cidade do Rio de Janeiro o “Seminário Nacional de Pactuação do Método Canguru”, contando com a presença de gestores das Áreas Técnicas de Saúde da Criança das 27 unidades federativas brasileiras. Este evento foi fundamental para a pactuação das ações com os gestores e envolvimento dos mesmos no fortalecimento do Método (LAMY *et al.*, 2015a; BRASIL, 2017a).

Com vistas à descentralização, o MS solicitou que cada Secretaria Estadual de Saúde indicasse um serviço para ser CRE para o Método, sendo estes de gestão estadual, municipal e hospitais de ensino. Assim, foram selecionadas 27 maternidades, distribuídas de tal sorte que contemplasse cada uma das Unidades Federativa e o Distrito Federal, conforme apresentado no quadro 1, a seguir (COSTA *et al.*, 2015; LAMY *et al.*, 2015a; BRASIL, 2017a):

Assim, para instrumentalizar os futuros tutores estaduais do Método, foi elaborado o “Curso de formação de tutores estaduais para o Método Canguru”, com carga horária de 40 horas, sendo o curso piloto realizado em julho de 2009 no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no qual foram formados os tutores dos cinco Centros de Referência Nacional. Esta formação foi fundamentada em metodologias ativas, a partir da problematização da metodologia PBL (*Problem-based Learning*), na qual a partir de situações/problemas reais busca-se o conhecimento para determinadas situações (LAMY *et al.*, 2015a; OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2017a).

Quadro 1 - Distribuição dos CRE para o MC, por Estado e instituição, Brasil, 2018.

<u>Estado</u>	<u>Maternidade</u>
Acre	Maternidade Bárbara Heliodora
Alagoas	Maternidade Escola Santa Mônica
Amapá	Hospital da Mulher Mãe Luiza
Amazonas	Maternidade Ana Braga
Bahia	Hospital Geral Roberto Santos
Ceará	Maternidade Escola Assis <u>Chateaubriand</u>
Distrito Federal	Hospital Regional de Taguatinga
Espírito Santo	Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves
Goías	Hospital Materno Infantil
Maranhão	Maternidade Marly Sarney
Mato Grosso do Sul	Hospital Regional Mato Grosso do Sul
Mato Grosso	Hospital Santa Helena
Minas Gerais	Maternidade Odete Valadares
Pará	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Paraíba	Maternidade Cândida Vargas
Paraná	Hospital de Clínicas de Curitiba
Pernambuco	Hospital Agamenon
Piauí	Maternidade D. Evangelina Rosa
Rio Grande do Norte	Hospital Dr. José Pedro Bezerra
Rio Grande do Sul	Hospital Universitário ULBRA
Rondônia	Hospital de Base Ary Pinheiro
Rio de Janeiro	Maternidade Leila Diniz
Roraima	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth
Santa Catarina	Maternidade Darcy Vargas
São Paulo/Santos	Hospital Guilherme Álvaro
Sergipe	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
Tocantins	Hospital Dona Regina Siqueira Campos

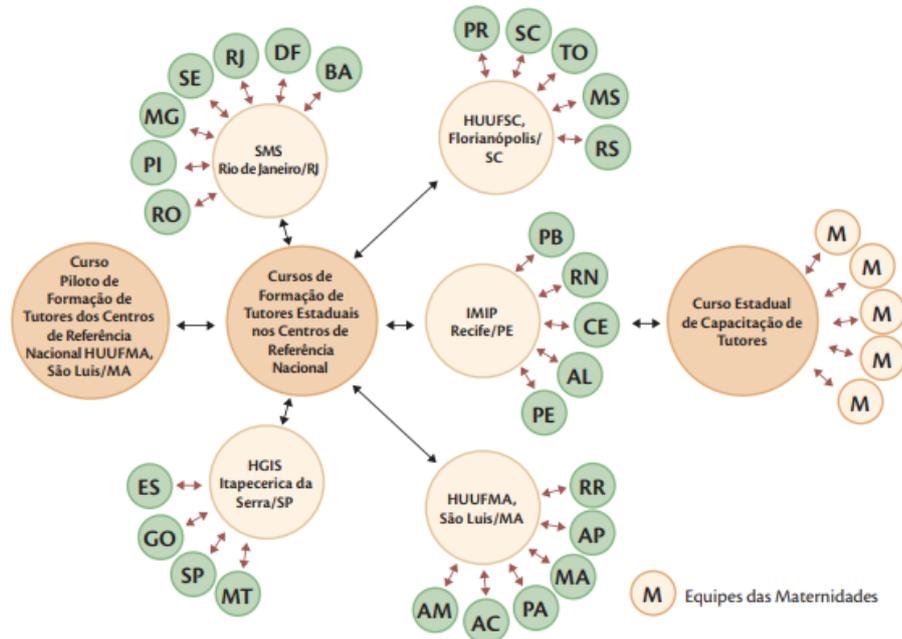
Fonte: Brasil (2018c).

Após, cada CRN aplicou o curso de formação de tutores para cinco profissionais de cada serviço indicado como CRE (conforme distribuídos na figura que segue). Em seguida, cada CRE realizou o curso estadual de capacitação de tutores para capacitar mais 30 tutores do seu respectivo Estado (Figura 1).

O primeiro curso de formação de tutores realizado no Estado de SC ocorreu de 14 a 18 de setembro de 2009, no HU/UFSC, com a presença de 33 participantes dos Estados do Tocantins, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso do Sul e SC (contando com cinco profissionais do HU/UFSC/Florianópolis; cinco da MDV/Joinville; um da Maternidade Carmela Dutra/Florianópolis e um do Hospital Teresa Ramos/Lages) (LAMY *et al.*, 2015a).

Ao final do curso, as equipes de cada serviço construíram um plano para a implementação do MC em suas instituições, objetivando a elaboração de um diagnóstico situacional sobre a realidade de cada serviço, identificando as suas fortalezas e limitações.

Figura 1 - Organograma de distribuição de cursos de formação e capacitação conforme respectivos Estados.



Fonte: Brasil (2014, p. 18).

Em 2010 foi estabelecida a linha de cuidado para fortalecimento do MC nas UTIN das maternidades brasileiras, e desde 2013 o Cuidado Terapêutico Singular² vem sendo adotado no MC, viabilizando a individualização do cuidado de acordo com as reais necessidades da criança e sua família. Esta vertente preconiza o trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

2.3.3 O Método Canguru e o cuidado compartilhado com a Atenção Primária

O cuidado ao bebê que nasceu pré-termo e/ou baixo peso na AP sempre foi uma fragilidade no seguimento à criança de risco (BUCCINI *et al.*, 2011). Os profissionais da AP compreendiam que um bebê de risco egresso de uma UN necessitava de cuidados especializados. Todavia, estes profissionais esqueciam-se de que antes mesmo de necessitar de uma internação em UN, o cuidado perinatal deste bebê era realizado na UBS durante o pré-natal (SILVA, 2013).

Estudos apontam que o cuidado ao RNPT na AP é permeado de insegurança e sensação de despreparo pelos profissionais (BUCCINI, *et al.*, 2011; SILVA, 2013; AIRES, 2015), sendo o seguimento deste bebê realizado a partir de um processo de referência e contrarreferência precário, sem o adequado registro de condutas e encaminhamentos

² Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da atuação da equipe multiprofissional (BRASIL, 2017a).

realizados durante o atendimento a criança (AIRES, 2015; AIRES *et al.*, 2015; 2017). Apesar das diversas ações já pactuadas, o Estado e o município ainda apresentam dificuldade em garantir esta articulação entre os serviços de atenção hospitalar e a AP (BORCK, 2017).

Quando uma gestante é encaminhada para o ambulatório de pré-natal de alto risco, fragmentando ou até mesmo cessando seu acompanhamento pela equipe de referência na AP durante a gestação, a probabilidade de que após a alta hospitalar do bebê ela fique unicamente vinculada ao serviço especializado é alta, uma vez que sua confiança nestes profissionais é maior devido ao tempo que passou no serviço (SILVA, 2013).

A preocupação com a garantia do seguimento da criança de risco compartilhado com a AP justifica-se pela alta estimativa de intercorrências clínicas relacionadas ao momento da alta hospitalar. Uma vez que o MC se preocupa com os riscos para o desenvolvimento da criança, seria impossível pensar na aplicação desta tão eficaz e importante metodologia sem a inclusão e a participação da AP neste cuidado.

A equipe da AP é a que está mais próxima ao domicílio da criança, sendo que seus profissionais devem também conhecer o MC e as características dos RNPT e de sua família, participando ativamente deste processo, identificando sinais de risco e realizando encaminhamentos quando necessário (AIRES *et al.*, 2015). Destaca-se ainda o fato que muitos Estados brasileiros dispõem de UN apenas na capital, sendo o seguimento desta criança realizado quase que exclusivamente pela UBS (LAMY; SOARES; MORSCH, 2015).

Além disso, é necessário garantir a participação da AP no seguimento e puericultura de crianças de risco, a fim de evitar a superlotação da rede terciária de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Considerando estas ponderações, no ano de 2014, no “IV Encontro Nacional sobre o MC”, que teve como tema “Qualificando o cuidado e promovendo a atenção em rede”, foram iniciadas as discussões sobre uma proposta de cuidado compartilhado entre o MC e a AP, garantindo a contrarreferência do Método e a melhoria do seguimento na terceira etapa (LAMY *et al.*, 2015a).

Neste evento, foram traçadas estratégias a partir de reflexões sobre os desafios a serem desbravados, sendo elencadas as necessidades relacionadas à organização do curso, elaboração de material de apoio direcionado à temática, discussão e sensibilização de gestores. O primeiro curso de capacitação de tutores para o seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a AP no país ocorreu em 2014 no Acre, sendo que o primeiro curso de tutor para AP em SC ocorreu em maio de 2015 (LAMY; SOARES; MORSCH, 2015; BORCK, 2017).

Com a inclusão da AP na terceira etapa do MC, o MS preconizou que este seguimento ocorra da seguinte forma:

Quadro 2 - Preceitos do Ministério da Saúde para o seguimento do Método Canguru na Atenção Primária.

1ª semana (três atendimentos)	2ª semana (dois atendimentos)	A partir da 3ª semana
- Retorno à maternidade de origem; - Visita domiciliar; - Consulta na UBS.	- Retorno à maternidade de origem; - Consulta na UBS ou visita domiciliar.	- Uma vez por semana até completar 2.500 g; - Alternando maternidade/UBS.

Fonte: Brasil (2015b, p 46).

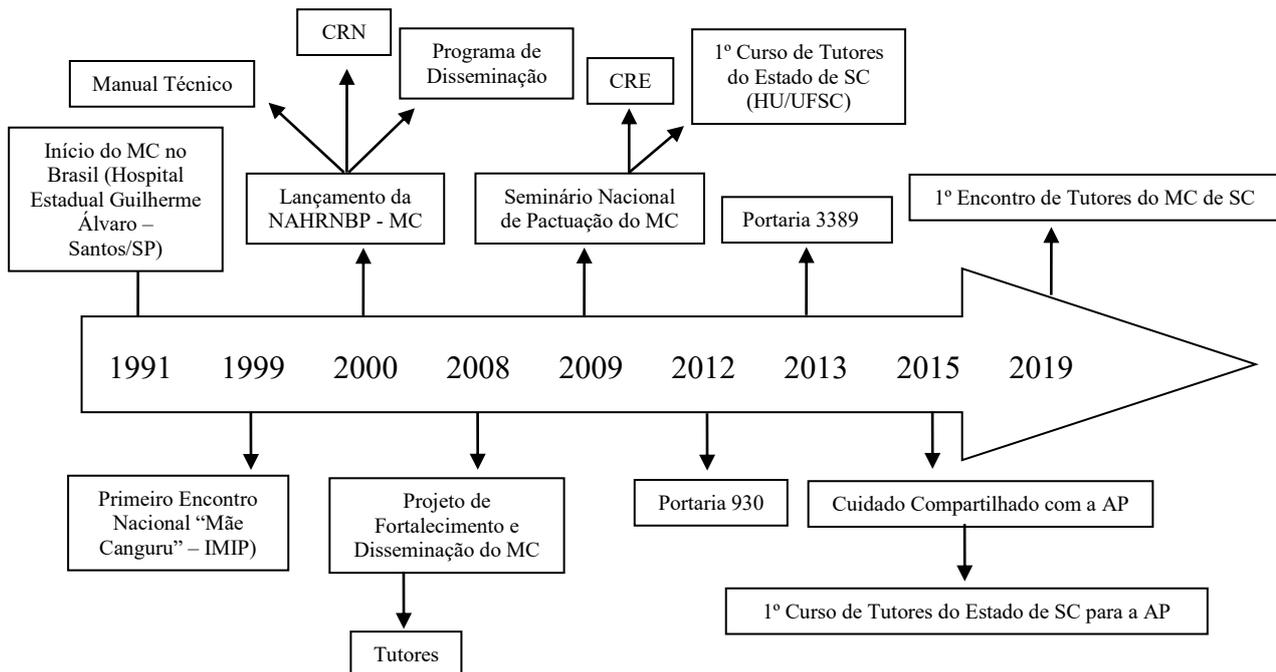
A Visita Domiciliar (VD) é o instrumento que melhor possibilita a aproximação com a família. Configura-se como uma rica oportunidade de troca de experiências e, considerando a terceira etapa do MC, na ocasião é possível identificar a dinâmica familiar, rede de apoio e adequações necessárias ao ambiente desta família para o cuidado ao RNPT (BUCCINI *et al.*, 2011; SASSÁ *et al.*, 2012; AIRES *et al.*, 2015; BRASIL, 2015b; IFF/FIOCRUZ, 2019b).

Nesta trajetória de fortalecimento do MC vem sendo criados grupos com o objetivo de fortalecer e ampliar o trabalho desenvolvido no país, direcionados ao ensino e capacitação; à avaliação e monitoramento; à revisão e publicação de material técnico; à pesquisa e publicação.

Considerando a necessidade de sensibilização constante para o Método, Gianini (2015) defende que o processo de implantação nunca termina, surgindo a cada dia novos desafios, sendo necessário a monitorização constante, com o foco nas pessoas.

Finalizando esse subcapítulo, no qual discorre-se sobre toda a trajetória histórica da disseminação e fortalecimento do MC no Brasil e no Estado de SC, é proposto uma linha do tempo com os principais acontecimentos previamente apresentados (Figura 2):

Figura 2 - Linha do tempo (1991 – 2019) destacando principais eventos relacionados à implementação do Método Canguru no Brasil e Estado de Santa Catarina.



Fonte: a autora.

2.4 MÉTODO CANGURU: ESTUDO DOCUMENTAL DE TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA (2000-2017)

Este subcapítulo corresponde a um estudo documental sobre a produção científica das teses e dissertações da enfermagem brasileira relacionadas à temática do MC, no período de 2000 a 2017. Sendo que o mesmo está publicado na revista Brasileira de Enfermagem e foi construído em parceria com colegas e professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

2.4.1 Artigo 1: Método Canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017)³

RESUMO

Objetivos: caracterizar as teses e as dissertações que abordam a temática do Método Canguru

³ AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. Kangaroo-mother care method: a documentary study of theses and dissertations of the Brazilian nurse (2000-2017). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, e20180598, 2020.

produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, no período de 2000 a 2017. **Métodos:** estudo documental de abordagem qualitativa. De um total de 207 trabalhos, 185 foram excluídos e 22 selecionados. **Resultados:** no ano de 2006 e 2014 houve maior número de dissertações de mestrado. Nos anos de 2001, 2013 e 2017 houve três produções de teses de doutorado. A Universidade Federal de Santa Catarina apresentou maior número de publicações, com cinco estudos, seguido da Universidade Federal da Bahia, com quatro. **Considerações finais:** o Método Canguru vem sendo pesquisado nos Programas de Pós-Graduação da Enfermagem no Brasil a partir principalmente da abordagem qualitativa, destacando a importância, as contribuições e as dificuldades da aplicação do mesmo enquanto Política Pública.

Descritores: Método Canguru. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Pesquisa em enfermagem. Dissertações acadêmicas.

INTRODUÇÃO

São considerados bebês pré-termos e de baixo peso aqueles que nascem até 36 semanas e 6 dias de gestação, apresentando peso menor que 2.500 g ao nascimento, respectivamente (WHO, 2012). Esta incidência perfaz o quantitativo de nascimento de cerca de 20 milhões de bebês pré-termos e de baixo peso no mundo. Desta população, aproximadamente um terço morre antes de completar um ano de vida (WHO, 2012).

As altas taxas de morbimortalidade perinatal, em especial nas regiões mais pobres, configuram-se como problemas de saúde pública, sendo principalmente decorrentes de agravos respiratórios, asfixia ao nascer, infecções, distúrbios metabólicos e dificuldades em alimentar-se e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2017).

Criado na Colômbia em 1979 pelo Instituto Materno-Infantil de Bogotá, o Método Canguru (MC) corresponde a uma eficaz tecnologia de saúde. Foi inicialmente idealizado como alternativa para a superlotação das Unidades Neonatais (UN), visando atender à falta de incubadoras. Disseminado em diversos países, apresenta no Brasil uma conjuntura especial destinada à humanização, estimulando o envolvimento dos pais no processo de internação da criança e aumentando a satisfação materna com o cuidado do Recém-Nascido (RN). O MC inclui desde os requisitos da atenção biológica e dos cuidados técnicos especializados até os aspectos da atenção psicoafetiva, com igual ênfase (SANCHES *et al.*, 2015; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016; BRASIL, 2017).

Amplamente conhecido pelo contato pele a pele precoce entre o bebê e seus familiares para o fortalecimento de vínculo, o MC corresponde a uma mudança de paradigma na atenção perinatal, abrangendo cuidados com ambiência para a proteção e desenvolvimento do cérebro prematuro, além de reduzir o risco de infecção grave/sepsis e o índice de mortalidade na alta,

como aumentar as taxas de aleitamento materno, ganho de peso e altura (SANCHES *et al.*, 2015; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016; BRASIL, 2017).

É organizado em três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); e, a terceira após a alta hospitalar, no domicílio (SANCHES *et al.*, 2015; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o MC no Brasil ganha força, se constituindo como uma importante Política Pública de saúde a partir da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, através da Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 (BRASIL, 2000a). O Método vem nos últimos anos sendo ampliado e fortalecido em nosso país, tendo em vista sua incorporação em vários pactos, iniciativas e políticas no âmbito nacional, que apoiam a organização da rede de assistência ao RN (BRASIL, 2000a; 2007; 2011; 2012; 2013; 2015; 2017; SANCHES *et al.*, 2015).

Tendo em vista o incentivo e o apoio governamental, o reconhecimento da importância desta política para a sobrevivência e qualidade da atenção aos RN pré-termos e de baixo peso, as possibilidades de atuação da equipe de enfermagem e as contribuições que os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem através dos cursos *stricto sensu* podem oferecer (abordando esta temática em seus trabalhos), bem como a relevância do tema para a enfermagem, emergiu-se o seguinte questionamento: quais as características das teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas pelos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil abordando a temática do MC?

OBJETIVOS

Caracterizar as teses e as dissertações que abordam a temática do MC produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, no período de 2000 a 2017.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Por tratar-se de uma pesquisa documental que utiliza informações de domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução 466/12 e do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, local do estudo e período

Estudo documental de abordagem qualitativa que tem como técnica a leitura, a seleção, o fichamento e o arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com a finalidade de conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto. A pesquisa documental vem sendo amplamente utilizada em pesquisas, com ênfase para as ciências humanas e sociais. Ele possibilita a reconstrução histórica de um determinado contexto, além de configurar importante fonte de dados para os mais diversos tipos de investigação (PADILHA *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2018).

A busca foi realizada no mês de junho de 2018 através do catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), disponível no *site* (<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>) a partir das palavras-chave “mãe canguru”, “Método mãe canguru”, “Método canguru”. É importante destacar que a busca pelos estudos foi realizada a partir de revisão por pares, garantindo o rigor científico exigido em abordagens do tipo análise documental.

População ou amostra e critérios de inclusão e exclusão

Foi delimitado como período de busca os anos de defesa de 2000 a 2017. Este recorte justifica-se pela Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 que, a partir da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, estabelece o MC enquanto Política Pública de saúde (BRASIL, 2000a).

As palavras-chave foram escolhidas devido à origem colombiana do Método “Programa Madre Canguro”, sendo ainda utilizada em muitos países a denominação “Método Mãe Canguru”. No Brasil, a partir de sua formalização enquanto política governamental, o MC teve sua nomenclatura adaptada para Método Canguru, por compreender uma política de atenção a todo o núcleo familiar do RN.

Como critérios de inclusão, adotaram-se: produções da área da saúde desenvolvidas exclusivamente nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem na modalidade *stricto sensu*; trabalhos cujo ano de defesa estivessem entre o recorte selecionado de 2000 a 2017; trabalhos cujos resumos fossem encontrados no catálogo de teses e dissertações da CAPES ou no repositório do Programa de Pós-Graduação de origem. Foram excluídos os trabalhos que apareceram duplicados, sendo considerados em apenas uma palavra-chave ou que o MC não

fosse abordado na temática.

Para os casos em que os trabalhos foram incluídos no catálogo da CAPES posteriormente à Plataforma Sucupira, isto é, sem o resumo disponível *online*, foram adotadas estratégias de busca através do repositório do Programa de Pós-Graduação ao qual pertence, ou a partir do contato via e-mail com o autor responsável. Foram excluídos nove trabalhos que, apesar da busca a partir das palavras-chave selecionadas, não abordavam a temática do MC. Foi excluído ainda um trabalho em que o resumo não estava disponível após realizado contato com a orientadora informando não ter sido concluído. Dos trabalhos excluídos por pertencerem a diferentes Programas de Pós-Graduação, destacam-se as áreas: ciências médicas, medicina, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, saúde pública, saúde coletiva, promoção da saúde, nutrição, entre outros.

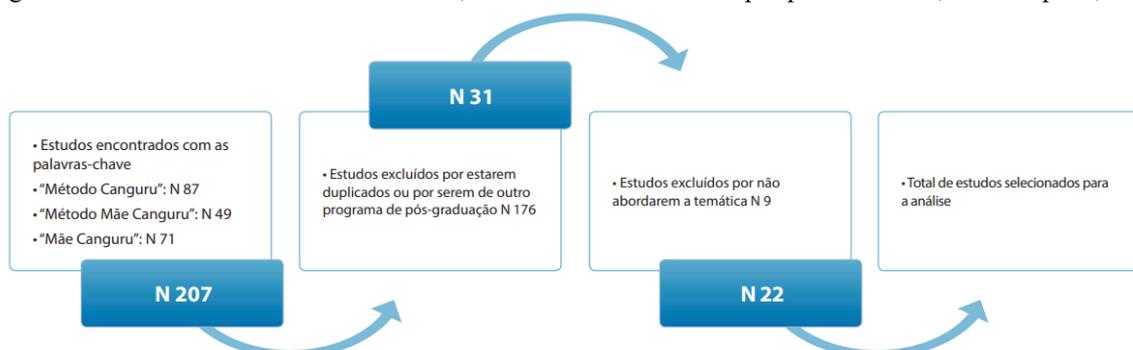
Análise dos resultados e estatística

Para a compilação dos dados, foi elaborada uma planilha no programa Microsoft Excel®, que continha os seguintes dados: título do trabalho; ano da defesa; Programa de Pós-Graduação; autor; resumo; tipo de estudo; referencial teórico; referencial metodológico; instrumento de coleta de dados; e principais desfechos. O passo seguinte consistiu na leitura analítica de todos os resumos, articulada com a literatura disponível que forneceu subsídios para a discussão dos resultados.

RESULTADOS

A partir da busca pelas palavras-chave elencadas, foram encontrados os trabalhos descritos na Figura 1:

Figura 1 - Número de trabalhos encontrados, excluídos e selecionados por palavra-chave, Florianópolis, 2018.

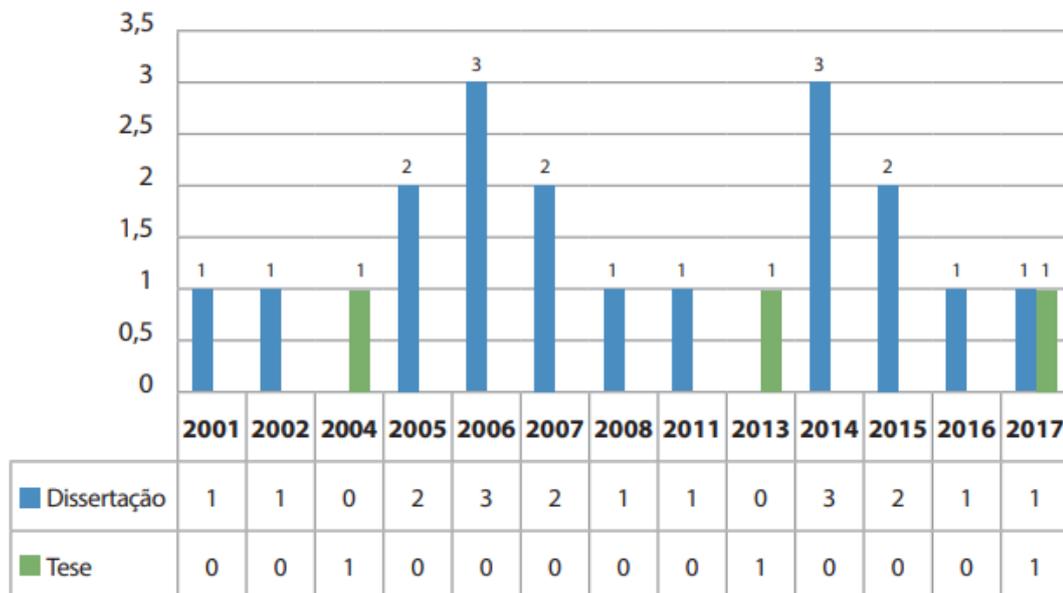


Fonte: AIRES *et al.* (2020).

Dos 22 trabalhos incluídos para a análise, três eram teses de doutorado e 19 dissertações de mestrado.

Estes achados podem ser observados na Figura 2 e Quadro 1, apresentados a seguir. As teses e dissertações foram analisadas no período compreendido entre o ano de 2000 até o ano de 2017. Observando ainda a Figura 2, pode-se verificar que os anos de 2006 e 2014 concentraram o maior número de trabalhos, sendo estas dissertações de mestrado. No que diz respeito às teses de doutorado, houve apenas três produções correspondentes aos anos de 2004, 2013 e 2017. Neste intervalo, que corresponde a 17 anos de análise das produções, observa-se que cinco anos não apresentaram nenhum estudo nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem sobre a temática.

Figura 2 - Distribuição das teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil abordando a temática do Método Canguru, de acordo com o ano, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.



Fonte: AIRES *et al.* (2020).

Quadro 1 - Relação de trabalhos incluídos por título, ano de defesa e Programa de Pós-Graduação de Enfermagem de origem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.

Nº	Título do trabalho	Ano	Programa de Pós-Graduação
1	Conhecimento, aceitação e disponibilidade dos profissionais de saúde sobre o Método mãe canguru em unidade neonatal de um hospital universitário do município de São Paulo (GENOVESI, 2011)	2001	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
2	Implantação do Método Mãe-Canguru: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência (FURLAN, 2002)	2002	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- SP
3	Vivendo no Método canguru: a tríade mãe-filho-família (CAETANO, 2004)	2004	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO
4	Método mãe-canguru: evolução ponderal de recém-nascidos (FREITAS, 2005)	2005	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
5	Reflexões da equipe de saúde sobre o Método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora (COSTA, 2005)	2005	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
6	O sentido do ser-mulher-puérpera no Método Mãe Canguru (RIBEIRO, 2006)	2006	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
7	Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais (GONTIJO, 2006)	2006	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
8	A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem (GUIMARÃES, 2006)	2006	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
9	Encontros Afetivos Entre Pais e Bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do Método Mãe-Canguru (SILVA, 2007)	2007	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
10	Terceira Etapa do Método Mãe-Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso (BORCK, 2007)	2007	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
11	Cuidado à Criança Prematura no Domicílio (MORAIS, 2008)	2008	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
12	O sentido do cuidado para mães no Método canguru (DANTAS, 2010)	2011	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
13	Sendo um Multiplicador de Valores e Práticas para a (Des)Continuidade do Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem (SILVA, 2013)	2013	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
14	Significado para mães sobre a vivência no Método Canguru (SILVA, 2014)	2014	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
15	O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança (BRAZÃO, 2014)	2014	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO
16	Algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentados no Método canguru: uma construção participativa (STELMAK, 2014)	2014	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Nº	Título do trabalho	Ano	Programa de Pós-Graduação
17	Participação materna no Método canguru ao recém-nascido pré-termo muito baixo peso internado na unidade de terapia intensiva neonatal (MENDES, 2015)	2015	UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
18	Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru (AIRES, 2015)	2015	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
19	Alta Hospitalar do Recém-Nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem (SALES, 2017)	2016	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
20	Método Canguru: a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso (CAÑEDO, 2017)	2017	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
21	Método Canguru: (Des) Atenção ao binômio mãe-bebê na estratégia saúde da Família (BATISTA, 2017)	2017	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
22	Cuidado compartilhado do Método Canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis (BORCK, 2017)	2017	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Fonte: AIRES *et al.* (2020).

Com relação às instituições onde os estudos foram realizados, as que ocupam lugar de maior destaque nas produções são a Universidade Federal de Santa Catarina, com cinco trabalhos, e a Universidade Federal da Bahia, com quatro. Destaca-se que a maioria das produções se concentra nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país, apresentando o percentual de 37%, 32% e 27%, respectivamente. A região Centro-Oeste perfaz 5% e a região Norte não apresentou produção nesta busca sobre a temática.

Quanto ao delineamento dos estudos, 18 trabalhos identificados e analisados utilizaram a abordagem qualitativa, três estudos foram de natureza quantitativa e um misto. O número de participantes nos estudos variou de 8 a 150, sendo estes profissionais de saúde (enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos, auxiliares de enfermagem e atendentes) funcionários da UN, mães, pais ou famílias.

Dentre os principais referenciais teóricos utilizados para a análise das pesquisas qualitativas estão: a Política Pública de Humanização do Cuidado ao Recém-nascido Prematuro e/ou Baixo-peso – Método Canguru; a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire; a Teoria do Apego; a Teoria da Adaptação; o Interacionismo Simbólico; o Modelo de Adaptação proposto por Sister Callista Roy; as Redes de Atenção à Saúde; a Teoria da Complexidade de Edgar Morin; e, o pensamento Heideggeriano expresso em Ser e Tempo. Das abordagens qualitativas, seis autores não descrevem em seus resumos o tipo de referencial utilizado.

Em relação ao referencial metodológico, foram principalmente referenciados para o tratamento dos dados qualitativos: a *grounded theory* - teoria fundamentada nos dados (TFD); a metodologia problematizadora Arco de Maguerez; a pesquisa convergente assistencial; o discurso do sujeito coletivo de Lefèvre; a pedagogia libertadora de Paulo Freire e cartografia; as análises temáticas propostas por Bardin e Minayo.

Para as análises quantitativas, foram utilizados programas como o *software* Qualiquantisoft®; Epi Info; instrumentos, tipo escala de Likert; *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13.0 e versão 21.0. Foram realizados o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher; análise estatística descritiva e análise de consenso com base na última etapa da técnica de Delphi modificada; estudo censitário, seccional, do tipo *survey*, utilizando o Método CAP (conhecimento, atitude, prática). Os dados foram analisados pelo programa estatístico R [porcentagem simples, média e intervalos de confiança (IC)].

Como técnicas de coleta de dados das pesquisas destacam-se: entrevistas (semiestruturada, focalizada, fenomenológica e em profundidade); observação (participante, descritiva); oficinas (educativas e de reflexão); elaboração de genogramas e ecomapas;

consultas aos prontuários; questionários; matriz SWOT e diário de campo.

Os desfechos encontrados nos resumos das teses e dissertações abordando o MC também foram analisados como forma de identificar quais subtemas inerentes ao assunto são alvo de interesse dos pesquisadores. A análise dos desfechos mostrou a existência de seis categorias, apresentadas a seguir (Quadro 2).

Estes resultados apresentam um panorama sobre como o MC é percebido e utilizado na enfermagem e se suas potencialidades estão sendo exploradas, quais as implicações práticas de seu uso, entre outras possibilidades de estudo e lacunas do conhecimento.

Quadro 2 - Principais desfechos das teses de doutorado e dissertações de mestrado dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem abordando a temática do Método Canguru, de acordo com o enfoque, investigação e resultados, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2018.

Enfoque	Investigação	Resultados
1- Família	Conhecimento Vivências	Medos, inseguranças Rede de apoio
2- Profissionais da saúde	Percepções Sentimentos Ações que desenvolvem Significados Ações educativas	Medos, inseguranças Necessidade da criação de espaços para reflexões
3 – Primeira etapa	Apego Análise dos fatores intervenientes à participação materna no Cuidado Canguru	Enfrentamentos da prematuridade Estabelecimento de vínculo Fragilidades de recursos humanos, materiais ou de infraestrutura
4 – Segunda etapa	O sentido de ser mulher no MC Análise da evolução ponderal dos bebês	Necessidade de acolher a mulher/mãe Acompanhamento da evolução ponderal
5- Terceira etapa	Seguimento do cuidado na Atenção Básica e interfaces com o MC	A alta hospitalar do RN submetido ao MC Referência e contra referência Fortalecer comunicação Cuidado domiciliar Implementação da consulta de enfermagem
6- Políticas	Avaliação da implementação do MC	Necessidade de incentivo gestor e político para o fortalecimento do MC

Fonte: AIRES *et al.* (2020).

DISCUSSÃO

A análise das teses e dissertações que foram selecionadas e defendidas no período compreendido entre o ano de 2000 a 2017, mostrou que a formalização do MC enquanto Política Pública de saúde repercutiu em interesse para investigações científicas no âmbito da enfermagem sobre a temática. Os primeiros estudos relacionados ao MC nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem iniciaram no ano de 2001, um ano após o lançamento da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC (BRASIL, 2000a).

É interessante destacar que, apesar da mudança da nomenclatura, muitos autores permaneceram referindo-se ao MC como Método Mãe Canguru até o ano de 2011. Por muito

tempo não havia um descritor na língua portuguesa que se referisse ao Método Canguru. O descritor usado inicialmente foi Método Mãe Canguru, o que, para os autores nacionais, se caracterizou em um viés em seus trabalhos. Atualmente encontramos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) o descritor “Método Canguru” (SANCHES *et al.*, 2015).

No período de busca correspondente a 17 anos, as lacunas de produção referentes aos anos 2000, 2003, 2009, 2010 e 2012 estão relacionadas a marcos importantes na história das políticas públicas do país. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram iniciados nos anos 2000 (ARAÚJO *et al.*, 2014), assim como a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC (BRASIL, 2000a) e o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (ARAÚJO *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2018). Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2017). No ano de 2009 o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis e, no ano seguinte, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ARAÚJO *et al.*, 2014). Em 2012 é publicada a Portaria nº 930, definindo as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos das UN no âmbito do SUS (BRASIL, 2012). No entanto, como o *corpus* de análise foi composto apenas pelos resumos das produções, não foi possível afirmar exatamente qual a justificativa para as lacunas de produção nestes anos.

Os primeiros cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil foram implantados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país, o que denota destaque das produções nas instituições destas regiões. O fato de serem identificadas mais dissertações do que teses utilizando a temática do MC pode estar relacionada à oferta dos cursos de mestrado em enfermagem em maior quantidade e há mais tempo, iniciados no país na década de 1970. Em contrapartida, os cursos de doutorado emergiram no país no início de 1980 (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011; SCOCHI *et al.*, 2015). Os cursos de mestrado ainda apresentam menor duração, quando comparados com os de doutorado, resultando em quantitativo maior de dissertações em relação a teses.

A Universidade Federal de Santa Catarina apresentou destaque na produção científica relacionada à temática, com cinco trabalhos (quatro dissertações e uma tese). Esse achado provavelmente é influenciado pelo perfil dos pesquisadores de seus grupos de pesquisa, sendo muitos tutores e consultores do MC. A universidade em questão possui um Hospital Universitário anexo que se tornou referência nacional para o MC em 2001, fator determinante para o desenvolvimento de investigações envolvendo a temática analisada (SANCHES *et al.*, 2015).

Com relação ao predomínio da abordagem qualitativa nas investigações, achado semelhante foi identificado em estudo que analisou a produção das teses de doutorado em enfermagem no Brasil (SCOCHI *et al.*, 2015). Faz-se necessário que a enfermagem se aproprie de investigações clínicas que analisem as vantagens do MC a partir de evidências científicas em estudos randomizados.

A não descrição dos referenciais teóricos adotados em todos os estudos pode ter ocorrido devido ao fato de terem sido analisados somente os resumos, e não ao trabalho na íntegra. No entanto, a variedade e a densidade analisadas nos mesmos apontam a importância que os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem têm conferido para a fundamentação teórica adequada das análises qualitativas. As técnicas diversificadas de coleta de dados, priorizando a triangulação, conferem qualidade para as pesquisas qualitativas.

Os estudos das teses e dissertações demonstraram preocupação em apoiar, avaliar e promover o MC, além de compreender vivências, percepções, significados sentimentos e processos de adaptação das mães/pais e familiares acerca do cuidado ao RN pré-termo e/ou de baixo peso, bem como explicitar a percepção e participação dos profissionais nesta política.

Foram encontrados estudos nas três etapas do Método. Os principais desfechos evidenciados correspondem a: 1) primeira etapa, relacionados ao processo de internação do RN e estabelecimento de vínculo entre a família, formação do apego, inclusão nos cuidados (BORCK, 2007; SILVA, 2007; 2013; 2014; MORAIS, 2008; DANTAS, 2011; BRAZÃO, 2014; STELMAK, 2014; AIRES, 2015; MENDES, 2015; CAÑEDO, 2017; SALES, 2017); 2) segunda etapa, relacionados ao preparo da família para a alta hospitalar, o ser mãe que vivencia o Método, e a evolução ponderal dos bebês (COSTA, 2005; FREITAS, 2005); 3) terceira etapa, sobre os desafios do cuidado no domicílio, a referência e contra referência frágil entre os serviços de saúde, a consulta de enfermagem e as estratégias para o fortalecimento do MC na atenção básica (BORCK, 2007; 2017; MORAIS, 2008; AIRES, 2015; BATISTA, 2017; CAÑEDO, 2017).

Evidencia-se uma mudança do enfoque nas pesquisas, inicialmente trazendo a mãe como protagonista e, posteriormente, priorizando o cuidado voltado a família (BERNARDO; ZUCCO, 2015; COSTA, 2005). As pesquisas reforçam os benefícios do MC para as crianças, principalmente correspondente ao estabelecimento de vínculo, desempenho precoce da maternagem e da paternagem (FURLAN, 2002; CAETANO, 2004; GUIMARÃES, 2006; RIBEIRO, 2006; BORCK, 2007; SILVA, 2007; 2014; MORAIS, 2008; DANTAS, 2011; BRAZÃO, 2014; AIRES, 2015; MENDES, 2015; BATISTA, 2017; CAÑEDO, 2017; SALES, 2017), favorecendo o apego seguro (GUIMARÃES, 2006; SILVA, 2007).

Os cuidados ao bebê pré-termo são predominantemente focados no modelo biomédico e curativo. A participação dos profissionais da atenção básica no MC ainda é tímida e o cuidado ao bebê pré-termo e/ou de baixo peso permeado de insegurança (AIRES, 2015; AIRES *et al.*, 2017). Os resultados mostram a necessidade de fortalecer o papel da família na desospitalização precoce (terceira etapa), rever critérios de alta e garantir todas as possibilidades de atendimento continuado (AIRES *et al.*, 2017; CAÑEDO, 2017; SALES, 2017).

Destaca-se a necessidade de ações educativas que favoreçam a revisão das práticas, proporcionando momentos de reflexão quanto às ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde neste contexto. Compreender suas percepções são estratégias para o sucesso da implantação do Método (COSTA, 2005; GENOVESI, 2011; SILVA, 2013; STELMAK, 2014; AIRES, 2015; MENDES, 2015; BORCK, 2017; SALES, 2017).

Uma equipe segura e sensibilizada quanto ao MC ultrapassa com mais facilidade as barreiras relacionadas às fragilidades de recursos humanos, materiais ou de infraestrutura vivenciadas em grande parte dos hospitais. Para trabalhar com o MC, é necessário perfil profissional para atender as famílias em sua integralidade e individualidade. É importante que o profissional da UN compreenda a mãe que vivencia a internação de seu filho pré-termo, suas dificuldades de deixarem seus lares, marido e outros filhos para conviver por 24 h com seu bebê na unidade canguru (ANTUNES *et al.*, 2014; SILVA, 2014). O ser-mulher-puérpera no MC percorre interpretações e sentidos de uma mãe que necessita cuidar do filho, sendo muitas vezes deixada de lado a mulher recém-parida, que igualmente carece de cuidados (RIBEIRO, 2006; BERNARDO; ZUCCO, 2015). Esta experiência terá influência da concepção materna sobre sua importância nesse processo e, principalmente, pela forma que é incluída nele. A rede de apoio disponibilizada à família, seja ela profissional ou afetiva, configura fundamental importância no cuidado (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014). Sendo assim, metodologias que reforcem a realização do cuidado ampliado para a família devem ser incentivadas (COSTA, 2005).

O momento da alta hospitalar do RN que vivencia o MC é um evento esperado e temido pelas famílias. As sensações se misturam entre pertencimento familiar e receio quanto ao desempenho do papel de cuidador (pai, mãe ou outros). O MC apresenta-se como tecnologia que confere proteção à criança, uma vez que familiares mais empoderados sentem-se seguros e confiantes para a realização dos cuidados, manutenção do aleitamento materno e identificação dos sinais de alerta.

A enfermeira destaca-se com seu perfil como multiplicadora do Método, enquanto se

depara com os desafios assistenciais e gerenciais na UN (DANTAS, 2011; ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011; SILVA, 2013; 2014; ANTUNES *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2014; BRAZÃO, 2014; CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; STELMAK, 2014; AIRES, 2015; AIRES *et al.*, 2015; 2017; BERNARDO; ZUCCO, 2015; MENDES, 2015; SCOCHI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2015; BATISTA, 2017; BORCK, 2017; CAÑEDO, 2017; SALES, 2017; LEAL *et al.*, 2018). A participação da gestão mostrou-se fundamental para a garantia da disseminação do Método e seu fortalecimento enquanto Política Pública de Saúde (GONTIJO, 2006; BORCK, 2017).

Toda mudança de paradigma deve ser planejada, testada e avaliada. Abordagens históricas permitem realizar um traçado de conquistas e desafios relacionados ao Método. Percebe-se que mesmo em serviços que possuem estratégias associadas ao MC, como programas e políticas com enfoque para a humanização, apresentam dificuldades. São necessários estudos que fortaleçam o desempenho da equipe de enfermagem neste aspecto, objetivando encontrar estratégias de cuidado.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo correspondem à análise exclusiva dos resumos das teses e dissertações. Pesquisas que investiguem as produções relacionadas ao MC em outros programas de pós-graduação da saúde são necessárias, considerando a preconizada atuação multiprofissional no Método.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou Política Pública

A construção do conhecimento resulta de recursos humanos competentes no processo investigativo para um cuidado mais qualificado. Além disso, o desenvolvimento da pesquisa é uma importante estratégia para o fortalecimento da enfermagem como ciência e profissão em suas generalidades e especialidades. Sendo assim, há amplitude em possibilidades de ações e de estudos a serem desenvolvidos pelos enfermeiros no MC, para que o tema possa ser aprofundado e melhor aplicado na prática, proporcionando uma qualidade elevada no atendimento dos pais e de RN pré-termos e de baixo peso, além de favorecer o fortalecimento desta importante Política Pública de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo oportunizou identificar e caracterizar as teses de doutorado e dissertações de mestrado desenvolvidas nos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em enfermagem do Brasil, abordando o tema Método Canguru, no período de 2000 a 2017.

Através dos resultados obtidos, foi possível evidenciar que grande parte dos estudos adota uma metodologia qualitativa e faz uso de referenciais teórico-filosóficos com uma abordagem compreensivista, ou seja, aquela que permite compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos sujeitos participantes dos estudos.

Os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem com maior número de produções relacionadas à temática estão concentrados na região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. Percebe-se também que a frequência de trabalhos abordando este tema não foi constante, havendo uma maior concentração dos mesmos nos anos de 2006 e 2014. Por outro lado, também se observam alguns anos em que nada foi produzido sobre o assunto.

Estes dados evidenciam que apesar do investimento e incentivos governamentais, além dos esforços para possibilitar a implantação do MC nas instituições, não há uma correspondência significativa de estudos sobre a temática. Contudo, podemos perceber uma lacuna que necessita ser preenchida, pois acredita-se ser necessário que novos e aprofundados estudos sejam realizados, tendo em vista o valor e a importância do MC para a sobrevivência e melhoria da qualidade da assistência dos RN pré-termos e de baixo peso. Ademais, é necessário o desenvolvimento de estudos de acompanhamento dos desfechos clínicos destes RN/famílias atendidos no MC nas diferentes instituições brasileiras.

FOMENTO

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. *Kangaroo-mother care method: a documentary study of theses and dissertations of the brazilian nurse (2000-2017)*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, e20180598, 2020.

AIRES, L. C. P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; BRUGGEMANN, O. M.; BACKES, M. T. S.; COSTA, R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017.

AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do Método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-32, 2015.

ANTUNES, B. S.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; TROJAHN, T. C.; RODRIGUES, A. P.; TRONCO, C. S. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para mãe em manutenção da lactação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 796-803, 2014.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M. COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOS, B. R. G. O.; VIEIRA, C. S. História da saúde da criança: conquista, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

BATISTA, T. N. L. **Método Canguru: (des)atenção ao binômio mãe-bebê na estratégia saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

BERNARDO, F. R.; ZUCCO, L. P. A centralidade do feminino no Método canguru. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 21, p. 154-74, 2015.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do Método Canguru na Atenção Básica de Saúde em Florianópolis.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BORCK, M. **Terceira etapa do Método Mãe-Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683/GM, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, as Normas de orientação para a implantação do Método canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.389/GM, de 30 de dezembro de 2013**. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930/GM, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAZÃO, B. D. **O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CAETANO, L. C. **Vivendo no Método canguru: a tríade mãe-filho-família**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CAÑEDO, M. C. **Método Canguru: a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, p. CD002772, 2016.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o Método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014.

DANTAS, A. L. B. **O sentido do cuidado para mães no Método canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2010.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 89-93, 2011.

FREITAS, J. O. **Método mãe-canguru**: evolução ponderal de recém-nascidos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

FURLAN, C. E. F. B. **Implantação do Método mãe-canguru**: percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GENOVESI, R. E. **Conhecimento, aceitação e disponibilidade dos profissionais de saúde sobre o Método mãe canguru em unidade neonatal de um hospital universitário do município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

GONTIJO, T. L. **Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

MENDES, K. M. **Participação materna no Método canguru ao recém-nascido pré-termo muito baixo peso internado na unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Pernambuco, Recife, 2015.

MORAIS, A. C. **O cuidado da criança prematura no domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

PADILHA, M. I.; BELLAGUARDA, M. L. R.; NELSON, S.; MAIA, A. R. C.; COSTA, R. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017.

RIBEIRO, A. G. **O sentido do ser-mulher-puérpera no Método mãe canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SALES, I. M. M. **Alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método canguru**:

contribuições da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

SCOCHI, C. G. S.; GELBCKE, F. L.; FERREIRA, M. A.; LIMA, M. A. D. S.; PADILHA, K. G.; PADOVANI, N. A.; MUNARI, D. B. Doutorado em enfermagem no Brasil: formação em pesquisa e produção de teses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 387-394, 2015.

SILVA, J. M. Q. **Significado para mães sobre a vivência no Método canguru.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SILVA, L. J. **Encontros afetivos entre pais e bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do Método Mãe-Canguru.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SCHOCHI, C. G. S.; SILVA, L. R.; SILVA, T. P. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 483-490, 2015.

SILVA, L. J. **Sendo um multiplicador de valores e práticas para a (des)continuidade do Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

STELMAK, A. P. **Algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentados no Método canguru: uma construção participativa.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

WHO. *World Health Organization. **Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth.*** Geneva: *World Health Organization*, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 07 jun 2020.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico é a “construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação” de uma pesquisa (NEVES; GONÇALVES, 1984, p. 213-214). Neste estudo, a sustentação teórica foi fundamentada no referencial foucaultiano.

Os pensamentos, reflexões e conceitos apresentados por Michel Foucault o tornam um referencial denso, novo e poderoso, que instiga um permanente convite e estímulo que o autor faz para olhar o que ocorre em torno de nós, no cotidiano, no que parece rotineiro, natural, talvez banal. E a partir deste olhar à luz de Foucault que o pesquisador investiga os nascimentos históricos, bem como os nascimentos dos poderes e micropoderes que os permeiam (COSTA *et al.*, 2008).

Foucault se constitui como um arcabouço teórico-conceitual amplo, cuja função primordial da pesquisa é transformar o mundo e não somente interpretá-lo. Iniciando pela transformação do pesquisador, levando-o a tornar-se outro e “não mais pensar na mesma coisa de antes” (NETO, 2015). Sendo assim, compreende-se que investigar “**como se instituíram as práticas de cuidado do Método Canguru no Estado de Santa Catarina**” corresponde a estudar as práticas de cuidado que ocorreram e ocorrem a partir de relações pessoais e profissionais e as suas interfaces com o saber e o poder. As concepções filosóficas de Foucault possibilitam para os profissionais de saúde um novo olhar sob sua prática e propõe uma análise crítica do mundo em que se vive. Seus pensamentos possibilitaram uma leitura mais ampla do objeto estudado, considerando as formas de se fazer o discurso, as relações profissionais e profissional-paciente-família, bem como as reflexões sobre a magnitude desta Política Pública.

Certamente a escolha deste referencial corrobora com o arcabouço teórico que a temática exigia e contribuiu substancialmente para as respostas dos objetivos desta investigação. Acredita-se que esta leitura foucaultiana sobre a atuação dos profissionais de saúde e gestores na disseminação e fortalecimento do MC poderá fomentar as políticas públicas de saúde para que ocorram de modo mais efetivo, integral e interdisciplinar

Dentre as diversas obras do autor, foi escolhida como a principal neste estudo: “Microfísica do poder” (FOUCAULT, 2019), considerando que os conceitos poder e saber estiveram imersos a todo o tempo na análise das relações nas falas dos participantes que versavam sobre o processo de implantação, disseminação e fortalecimento do MC no Estado de SC.

A apresentação deste referencial está subdividida nos tópicos: o referencial de Michel Foucault e o referencial foucaultiano nas pesquisas em enfermagem e saúde.

3.1 O REFERENCIAL DE MICHEL FOUCAULT

O filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) foi um pensador enigmático, polêmico e problematizador, que a partir de sua leitura instiga a refletir sobre o cotidiano e práticas. Participou de grupos de esquerda em campanhas contra o racismo, contra violações dos direitos humanos e pela luta da reforma penal (NETO, 2015).

De família tradicional de pais médicos, Foucault cresceu e foi criado em instituições educacionais religiosas, em um momento de regime conservador de Paris. Formado em psicologia (1948) e filosofia (1949), Foucault foi um importante professor no *Collège de France* (1970-1984), sendo inspirado intelectualmente por Nietzsche, Heidegger, Althusser, dentre outros (CARVALHO *et al.*, 2012).

Seus estudos são, principalmente, conhecidos pela relação que estabelece entre a produção do saber e o poder. Foucault sugere em suas obras que a análise crítica de mundo se faz a partir da construção histórica dos diferentes modos que os homens desenvolvem um saber buscando compreender a si mesmos. Tal processo sofreria influência de aspectos culturais, científicos e econômicos, permeados por relações de poder (FOUCAULT, 2019).

Foucault participou do movimento historiográfico *Escola dos Annales* em sua terceira geração, a qual contava com a presença de outros autores de referência para a pesquisa histórica, como Jacques Le Goff (CARVALHO *et al.*, 2012). Foucault tinha como *corpus* preferencial documentos e textos, ao passo que assumia igualmente uma postura de etnógrafo de seu tempo. Pós-moderno, Michel Foucault propôs o desenho de uma história nova, ou seja, uma leitura histórica das novas ideias e do saber, trazendo uma nova ótica ao objeto a ser estudado e historiografado, buscando a profundidade e não a continuidade (FOUCAULT, 2019).

A nova história compreende a história como algo mais amplo que a narrativa, valorizando a análise dos documentos oficiais e a participação dos indivíduos nos eventos históricos (FOUCAULT, 2019). Michel Foucault critica a história com a concepção de continuidade, destacando uma nova forma de olhar para a história, buscando identificar como as tramas históricas constituem os sujeitos singulares (FOUCAULT, 2019).

Ampliando a concepção sobre história efetiva, numa história que se faz com mais profundidade, de modo descontínuo, na visão não totalizante, mas sim numa ótica multifocal,

numa perspectiva ampliada (FOUCAULT, 2019). Segundo Foucault, para um bom estudo histórico é preciso lançar um olhar ao começo daquilo que buscamos relatar, “prestando atenção ao acaso, ao ridículo, ao obscuro, à violência em que as coisas se dão, àquilo que ninguém dá valor”, sem a pretensão de justificar o modo como se deram, mas buscando o inesperado (MATTOS, BAPTISTA, 2015).

Nesta perspectiva, pretende-se compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019 à luz do referencial foucaultiano.

Estudar as políticas públicas é um ato político e um exercício de poder, considerando que a partir destas inquietações são pensadas e refletidas estratégias para determinados problemas da sociedade (MATTOS, BAPTISTA, 2015; CASILAS, 2017), o que corrobora com a abordagem deste estudo, que analisa paralelamente as práticas do Cuidado Neonatal.

A trajetória intelectual dos pensamentos de Michel Foucault é principalmente dividida em duas fases: 1) a arqueologia do saber; e 2) a genealogia do poder. A partir dos Métodos arqueológicos e genealógicos é possível lançar um novo olhar para a história, não mais de modo descritivo, linear, mas pela análise da realidade a partir da desconstrução do discurso (MARTA, TEIXEIRA; 2016).

3.1.1 A arqueologia do saber (1961-1969)

O Método arqueológico emergiu das primeiras reflexões do filósofo, sendo descrito no livro *Arqueologia do Saber* (1969). Em sua obra, Michel Foucault convida a fazer a arqueologia do tempo presente, a partir de reflexões sobre o que se faz com o tempo. Assim, permite que sejam dadas novas respostas para as mesmas perguntas, e ainda, que sejam transformadas as maneiras de se questionar (HELLMANN; VERDI, 2014; CHOQUE ALIAGA, 2019; SILVA, 2019).

A arqueologia de Foucault não apresenta uma articulação lógica e linear e considera a descontinuidade dos discursos na produção dos saberes. Ela não se limita a analisar os discursos, mas as práticas sociais envolvidas, sendo consideradas análises epistemológicas de cunho histórico (AQUINO, 2019; CARVALHO, 2017; CHOQUE ALIAGA, 2019). Apresentou como ponto de partida a história das ideias. Na visão de Foucault, a arqueologia pode ser definida como a análise descritiva do discurso em sua modalidade de arquivo, ou seja, a reescrita do que já foi escrito, ou ainda, é a descrição sistemática de um discurso-objeto (MARTA; TEIXEIRA; 2016; PRADO FILHO, 2017). É o balizamento dos tipos de

discursos e de sua formação histórica em um determinado campo do saber, sobre como surgiu e ficou legitimado determinado assunto.

Considerando a influência do discurso, Michel Foucault propunha compreender as condições históricas do saber de uma determinada época a partir do entendimento de mundo dos envolvidos naquele contexto. Contrariando a história linear e casuística, Foucault enfatizava que mais importante que identificar os fatos era questionar sobre “de que forma os saberes apareciam e se transformavam?” (HELLMANN; VERDI, 2014; MARTA; TEIXEIRA, 2016). Assim, pergunta-se nesta investigação, como se deu a instituição dos novos saberes na prática do cuidado ao RN e sua família?

Neste período, seus estudos estão voltados para as formações políticas discursivas. Por trás de todo saber estaria relacionada uma luta de poder, assim como nas relações políticas. Suas principais obras deste recorte de tempo são: *História da Loucura* (1961); *O Nascimento da Clínica* (1963); *As Palavras e as Coisas* (1966); e, *A Arqueologia do Saber* (1969). Seus livros apresentam análises sobre o nascimento da psicologia, a crítica à medicina focada no corpo e doença e não ao indivíduo.

A arqueologia Foucaultiana permite avançar na sua análise para entender os possíveis efeitos deletérios do controle disciplinar (SANTOS; WERMUTH, 2016).

3.1.2 A Genealogia do poder (1969-1976)

Durante a década de 1970 suas produções destacam-se para a microfísica do poder, fase da genealogia – busca pela história da política da verdade. A genealogia consiste na análise do “porquê dos saberes” e permite construir um saber histórico das lutas, enaltecendo os saberes locais, descontínuos, “desqualificados” e “não legitimados” (MARTA; TEIXEIRA, 2016; FOUCAULT, 2019; SILVA, 2019). Suas obras deste período são: *Vigiar e Punir* (1975); *Microfísica do Poder* (1979); e, *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber* (1988).

O Método genealógico foucaultiano é interpretativo, de modo que essa compreensão só pode advir de alguém que compartilha do envolvimento do ator, mas dele se afasta (MARTA; TEIXEIRA, 2016; FOUCAULT, 2019). A genealogia é meticulosa, paciente e documentária. Exige a minúcia do saber e paciência. O genealogista parte em busca dos começos, porém não busca a continuidade (FOUCAULT, 2019). Trata-se da análise histórica da própria formação do sujeito, baseada na análise histórica do nascimento de um certo tipo de saber (CARVALHO, 2017).

A genealogia deve ser interpretada como Método de análise de práticas microfísicas, como ferramenta para o esboço de uma história do presente, que possibilita a crítica e a transformação do mundo e do ser (PRADO FILHO, 2017). A análise genealógica é uma postura em relação aos fatos históricos, uma perspectiva. É uma formulação, um olhar, um modo crítico e político de posicionar-se ao escrever e produzir história. A história genealógica é descontínua, descentrada de “marcos” e de sujeitos geniais. A genealogia não analisa o poder do Estado, das leis ou das instituições (burocrático, formal, legalista, hierarquizado); ela estuda a microfísica das relações; os biopoderes e as biopolíticas (PRADO FILHO, 2017; CHOQUE ALIAGA, 2019; FOUCAULT, 2019).

A função da genealogia como Método de construção histórica de um objeto é mostrar o acontecimento analisado enquanto resultado de um estado de forças - relações de poder (BOUYER, 2009). O trabalho do genealogista é demorar-se sobre os documentos que narram o cotidiano e os detalhes considerados banais, que pareciam não ter história (FOUCAULT, 2019).

A genealogia seria um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos (torná-los capazes de oposição e de luta) (FOUCAULT, 2019). Pode ser entendida como o acoplamento do conhecimento com as memórias locais (descontínuas), que permitem a construção de um saber histórico das lutas (MARTA; TEIXEIRA; 2016; FOUCAULT, 2019). Seria uma fase de avançar nas análises do poder disciplinar, poder relacional e biopolítica (AQUINO, 2019).

É a partir do Método Genealógico de Foucault que as análises foram conduzidas, considerando como se instituíram as práticas de cuidados do MC no Estado de SC, seguindo os preceitos da história descontínua e atentando à microfísica das relações, os biopoderes e as biopolíticas.

3.1.3 Michel Foucault e as tramas do poder e do saber

O “poder” é um termo que se originou do latim “*possum*”, que significa “ser capaz de” (FILHO *et al.*, 2018). Não existe em Foucault uma teoria geral do poder ou algo unitário e global chamado poder, mas formas díspares, heterogêneas e em constante transformação. Para o autor, nada está isento de poder (FOUCAULT, 2019). Para Foucault, a concepção de poder transcende a visão tradicional, como algo negativo, que castiga e impõe limites (AQUINO, 2019; FOUCAULT, 2019). Ao contrário, para o filósofo o poder produz coisas, induz ao prazer, forma o saber e produz o discurso:

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, **forma saber, produz discurso**. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 2019, p. 45).

Este caráter positivo do poder corresponde também a algo que se exerce mais do que se possui. O poder apresenta um deslocamento do espaço de análise com relação ao nível em que ocorre, sendo do macro (Estado) para micro (de dentro às extremidades), denominado por Foucault como microfísica do poder (FOUCAULT, 2019). O poder é vertical, sendo assim, se dissipa horizontalmente em micropoderes (FOUCAULT, 2019).

O poder é visto como um conceito que busca compreender como as práticas sociais ocorrem, considerando que todo agrupamento humano sempre estará envolto por relações de poder (BAPTISTA *et al.*, 2017). Foucault apresenta o poder como um resultado relacional. Portanto, o poder é uma virtude inerente à condição humana e suas relações, sendo apenas possível de ser exercido em rede, na qual:

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. (FOUCAULT, 2019, p. 284).

O poder não pode ser possuído e não é detido por nenhum indivíduo, ele permeia a sociedade (BERQUIST; ST-PIERRE; HOLMES, 2018). O poder não é necessariamente nem fonte nem origem do discurso, mas algo que opera através do discurso. Sendo assim, as relações de poder não são algo de mal em si mesmas. O poder não apenas reprime ou impede a construção do saber, ele o produz. O próprio indivíduo é uma produção do poder e do saber, na qual não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber (FOUCAULT, 2019).

Segundo Foucault, há três formas diferentes de poder que historicamente têm sido usados para governar populações: o soberano, o pastoral e o disciplinar (BERQUIST; ST-PIERRE; HOLMES, 2018; FOUCAULT, 2019). O poder soberano corresponde ao poder monarca, no qual todos os crimes eram compreendidos como ataque a monarquia, necessitando ser punidos a partir de tortura e execução, lembrando ao povo da supremacia do

poder soberano. O poder pastoral diz respeito ao poder religioso, com origem no cristianismo, no qual a salvação e ordem são ditadas pelos preceitos da igreja. Já o poder disciplinar teria o objetivo de moldar as pessoas, a partir das observações das condutas. Sendo o poder visto como repressivo, mas também produtivo devido ao conhecimento que gerou (BERQUIST; ST-PIERRE; HOLMES, 2018).

Michel Foucault estudou a arte de governar a partir de reflexões sobre que tipo de racionalidade implica o poder do Estado. Compreendia que a análise crítica do mundo se faz pela construção histórica do saber dos homens em sua cultura, considerando que o saber nunca é neutro e que todo o “saber” é político (MARTA; TEIXEIRA, 2016; FILHO *et al.*, 2018; MAGAGNIN *et al.*, 2018; FOUCAULT, 2019). O saber tem a sua gênese, mesmo que implicitamente, relações de poder, conferindo potenciais riscos e ameaças a quem governa:

[...] o cientista atômico desenvolveu uma posição específica na ordem do saber. E, creio, pela primeira vez, o intelectual foi perseguido pelo poder político, não mais em função do seu discurso geral, mas por causa do saber que detinha: é nesse nível que ele se constituía como um perigo político (FOUCAULT, 2019, p. 48).

Para Foucault, o saber emancipa, do poder, mas também confere responsabilidades: “Pode-se mesmo dizer que o papel do intelectual específico deve se tornar cada vez mais importante, à medida que, quer queira quer não, ele é obrigado a assumir responsabilidades políticas [...]” (FOUCAULT, 2019, p. 50). Assim, não somente analisava os discursos científicos como as práticas sociais na construção dos saberes (CARVALHO, 2017; PASSOS, 2019). O conceito do discurso tem múltiplas definições para Foucault, principalmente a filosófica, pela qual compreende que é através do discurso (conhecimento) que somos criados; e esse discurso é incumbido de poder e conhecimento (PITSOE; LETSEKA, 2013; PASSOS, 2019). Ainda, não basta analisar os discursos, mas de que forma consolidam práticas sociais e influenciam (BAPTISTA *et al.*, 2017; CARVALHO, 2017).

O discurso pode ser visto na prática cotidiana dos seres humanos. Portanto, o discurso não é apenas texto, mas também ação. O discurso é uma construção social, criado e perpetuado por quem tem o poder e os meios de comunicação, uma vez que dependem de quem pode falar, quando e com qual autoridade. Entender que o discurso está entrelaçado com o poder implica em compreender que todo discurso deve ser analisado com relação a veracidade de suas declarações (PITSOE; LETSEKA, 2013; PASSOS, 2019).

Os discursos são produzidos por inclusões e exclusões, a partir do que pode ou não ser dito. O discurso pode ser oprimido, não apenas pelo acesso negado a certos conhecimentos,

mas pelas diferenças culturais, sociais e econômicas de um determinado grupo (PITSOE; LETSEKA, 2013). O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas, mas aquilo pelo que se luta (FOUCAULT, 2019), sendo uma produção coletiva e histórica (PASSOS, 2019).

Foucault também estudou a medicalização a partir de duas perspectivas: a primeira corresponde ao final do século XVII e o final do século XIX, e diz respeito ao processo de sanitização ocorrido na Europa (polícia médica) a partir das intervenções médicas e higienismo, erradicando diversas doenças e epidemias; e a segunda, que iniciou no final do século XIX e se estende até aos dias atuais, na qual destaca-se a supremacia do saber médico, científico (biopoder) (LUCENA; PAVIANI, 2017; ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

O termo "biopolítica" refere-se ao modo pelo qual o poder se transforma para governar não apenas indivíduos através de vários procedimentos disciplinares, mas também ao conjunto de seres humanos reunidos em populações (SANTOS, WERMUTH, 2016; CHOQUE ALIAGA, 2019).

Por trás de todo saber, de todo conhecimento, está em jogo uma luta de poder (MARTA; TEIXEIRA, 2016). O mesmo ocorre quando se analisa a prática do cuidado que permeia uma relação de poder entre os agentes do cuidado e o profissional que cuida (MARTA; TEIXEIRA, 2016; BAPTISTA *et al.*, 2017). A construção histórica do poder nas instituições hospitalares é também observada no exercício da enfermagem, no qual o enfermeiro possui o poder de gerenciamento do serviço e saber específico da profissão (FILHO *et al.*, 2018).

Estas relações também são observadas no contexto das UN, na qual ainda são identificadas barreiras para a implantação do MC. As práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019 foram instituídas e transformadas à luz destas relações de poder e saber.

Assim sendo, a trajetória do saber das práticas do cuidado do MC foi instituída e organizada a partir de condições relacionais implícitas de poder, sendo impossível estudar a criação deste saber sem analisar as relações de poder que permearam o surgimento desta prática nas instituições e serviços de saúde.

3.2 O REFERENCIAL FOUCAULTIANO E AS PESQUISAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

O referencial teórico de Foucault possibilita que se construa a história do presente a partir de uma reflexão crítica e problematizadora sobre o cotidiano e as práticas. Auxilia na

compreensão de problemas das sociedades contemporâneas, possibilitando dar novas respostas para antigas perguntas ou fazer novas perguntas para encontrar outros significados.

Embora apresentando o uso inovador com relação ao MC (AIRES *et al.*, 2020), o referencial foucaultiano vem sendo utilizado na enfermagem em geral e nas áreas das ciências da saúde, humanas e políticas, iluminando e problematizando sua práxis, favorecendo a compreensão da enfermagem enquanto profissão do cuidado, destacando as relações de poder e saber que envolvem as práticas assistenciais institucionais (AZEVEDO, RAMOS, 2003; COSTA *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2015; 2017; MARTA; TEIXEIRA; 2016).

Estudos de enfermagem à luz de Foucault possibilitam compreender a enfermagem enquanto profissão e prática do cuidado a partir da análise das relações de poder e saber inerentes nas práticas assistenciais e institucionais (CARVALHO *et al.*, 2012). O cuidado de enfermagem vai além da visão reducionista de assistência ao doente (ou à doença), uma vez que tem como foco a saúde sob uma perspectiva holística. O cuidado compreende os mais diversos conceitos, que se aplicam do senso comum à filosofia e ciência. O cuidado no contexto pós-moderno apresenta uma polissemia de conceitos que tratam desde os cuidados profissionais até a dimensão sociocultural, sendo caracterizado pela biolítica do poder (MARTA; TEIXEIRA, 2016).

Costa e colaboradores (2008) analisaram o uso do referencial foucaultiano nas produções científicas de um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da região Sul do Brasil no período 1978 a 2006, e identificaram que menos de 2% dos trabalhos concluídos utilizaram o autor como referencial teórico no período correspondente.

No que diz respeito à transformação do cuidado em neonatologia, um estudo que usou o referencial foucaultiano analisou de que forma vem sendo instituído o saber em relação à presença da família na UTIN. As autoras identificaram que o poder da equipe de saúde era exercido fortemente sobre a família, de modo verticalizado, no qual os pais estavam à mercê dos profissionais (detentores do saber e do poder) para cuidar de seu filho. A partir da inclusão dos pais na UN esta ação pode ser vista como uma resistência ao poder instituído (COSTA, PADILHA, 2010).

Uma revisão integrativa de literatura que objetivou identificar o estado da arte sobre genealogia do cuidado através das publicações em periódicos nacionais e internacionais no período de 2000 a 2013 analisou 17 artigos (MARTA; TEIXEIRA, 2016). Com relação à formação acadêmica dos autores, oito artigos foram escritos por enfermeiros; três por psicólogos; dois por um médico; um por um enfermeiro e um médico sanitарista; um por um

enfermeiro e um filósofo, três por filósofos e um escrito por um grupo de psicólogos, apontando a adesão deste referencial em vários campos profissionais. Quanto aos resultados destes estudos são agrupados em duas principais categorias, sendo a primeira “Os métodos arqueológicos e genealógicos propostos por Michel Foucault” e “Considerações sobre saberes e práticas de cuidado em saúde e na Enfermagem” (MARTA; TEIXEIRA, 2016). A análise destes estudos apontou uma transversalidade do cuidado.

Neto e colaboradores (2017) investigaram o uso de Foucault nos estudos de psicologia no Brasil, apontando que seu uso ainda é pequeno quando comparado com outras áreas como educação e administração, sendo estes utilizados de modo teórico e empíricos nas pesquisas; e principalmente relacionadas às questões de políticas públicas, especialmente as da saúde e da segurança. Os autores destacam ainda que grande parte dos trabalhos analisados utilizaram majoritariamente referências relacionadas aos textos de Foucault, porém ainda frágil revisão e discussão com a literatura contemporânea a partir dos conceitos estudados, indicando baixa interlocução com a produção científica da área.

Em síntese, compreendendo a amplitude do cuidado de enfermagem, o referencial teórico foucaultiano se mostra necessário e fundamental para refletir as práticas de saúde de forma substancial.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Não tenho um Método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do Método [...] Eu tateio, fabrico como posso instrumentos que são destinados a fazer objetos. Os objetos são um pouquinho determinados pelos instrumentos, bons ou maus, fabricados por mim [...] Procuo corrigir meus instrumentos através dos objetos que penso descobrir, e, neste momento, o instrumento corrigido faz aparecer que o objeto definido por mim não era exatamente aquele. É assim que eu hesito ou titubeio. (FOUCAULT, 1980 apud NETO, 2015, p. 413).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, fundamentada nos aspectos teóricos-filosóficos de Michel Foucault a partir da História Oral (HO) temática. A abordagem qualitativa proporciona a flexibilidade e a capacidade de observação e de interação entre os pesquisadores e os sujeitos envolvidos no cenário da pesquisa, facilitando a compreensão das relações sociais (FLICK, 2009; CRESWELL, 2010; MINAYO, 2010).

A pesquisa histórica auxilia a preencher lacunas a partir de uma metodologia de coleta sistematizada dos dados e posteriormente uma avaliação crítica dos mesmos, relacionados aos fatos passados (LE GOFF, 1998). Realizar uma pesquisa histórica é “lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A pesquisa histórica, no entanto, não tem a pretensão de “reconstruir o passado tal qual aconteceu – mesmo porque isso é impossível – mas, ao mesmo tempo, o que fazemos do passado é uma leitura, em termos de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 577).

Considerando os objetivos desta investigação e o referencial teórico-filosófico escolhido, foram adotadas as bases da Nova História. Esta “nova” perspectiva de se fazer história surgiu na França, no final da década de 1920, como consequência da criação da Revista *Annales d 'Histoire Economique et Sociale*, idealizada e editada por Lucien Febvre e Marc Bloch, originando a “*Escola dos Annales*”, em 1929.

Segundo Le Goff (1998), a Nova História vem revelar a presença de poder onde a história tradicional não investigava, no simbólico, no imaginário, dentre outros. A Nova História permite ampliar os horizontes da história tradicional, comparando narrativas e problematizando a história. Ela não valoriza os acontecimentos, de um determinado momento, mas o resultado dessa construção que se deu ao longo do tempo.

A nova história configura uma mudança de paradigma em se fazer história, comparada com a história tradicional. Na Nova História, o pesquisador deve não apenas fazer a utilização simples de um modelo de análise, mas buscar uma conexão com a base teórica-filosófica que a constitui.

Vivencia-se um novo modelo de história, não mais factual cujo objetivo exclusivo consiste em descrever as sociedades passadas, mas analisá-las, compreendê-las e decifrá-las (MAIA *et al.*, 2011). Borenstein (2000) apresenta as cinco diretrizes da Nova História:

- 1) a substituição da narrativa tradicional dos acontecimentos por uma história problema (analisando estruturas);
- 2) a substituição da história vista por cima, por uma história vista a partir de baixo, ou seja, a partir da opinião das pessoas e de suas transformações sociais;
- 3) a preocupação não somente com documentos oficiais escritos na construção da história, mas com toda e qualquer evidência;
- 4) a questão do relativismo cultural, negando que a história pudesse ser construída a partir do que fosse ideal, objetivo e neutro, pois sempre haverá por parte de quem a constrói, um comprometimento e, portanto, alguma subjetividade;
- 5) a possibilidade da interdisciplinaridade, um contato do historiador com outras profissões de abrangência humana (antropólogos, economistas, psicólogos, sociólogos, entre outros) (BORENSTEIN, 2000, p. 50).

Dentre as modalidades de pesquisa histórica, optou-se pela HO temática, sendo esta caracterizada como história do tempo presente, uma história viva. Na abordagem da HO temática não há a necessidade de detalhes da vida do colaborador/narrador, mas de suas experiências relacionadas a um determinado tema central estudado. Este tipo de abordagem configura-se como uma produção de documentos históricos para o futuro, na qual o pesquisador é responsável e participa diretamente na produção do documento, avaliando criticamente o mesmo durante sua construção (TEODOSIO *et al.*, 2016).

Atualmente, a HO vem sendo utilizada pela enfermagem na valorização de narrativas orais e no resgate das memórias dos profissionais da enfermagem que construíram a profissão. No Brasil, seu uso surgiu na década de 1990, com a criação da Associação Brasileira de História Oral em 1994. Este enfoque só pode ser empregado em pesquisas contemporâneas sobre temas do presente, ou seja, que a memória dos entrevistados alcance, recomendando-se um intervalo máximo de 50-60 anos (PADILHA *et al.*, 2017).

A história oral temática é sempre de caráter social, já que estes estudos compreendem a análise dos grupos humanos em um recorte temporal, discutindo as relações cotidianas nas diferentes classes e grupos sociais (PADILHA *et al.*, 2017).

Nesta investigação, buscou-se revisitar a história das práticas do cuidado fundamentado na política de saúde do MC, a partir dos discursos dos sujeitos que participaram deste processo de transformação da práxis na neonatologia. Considera-se que estas pessoas, consultores/tutores/gestores do Método, estavam/estão emersos de poder e saber em sua atuação profissional, ora exercendo este poder, ora sendo passivo a ele.

Para Foucault, o Método é um conjunto de instrumentos operados a partir de uma sequência de procedimentos a serem executados numa pesquisa. Sendo assim, não existe um Método único, engessado. Para o filósofo, o Método pode ser revisto e alterado durante o processo da pesquisa, devendo ser escolhido caso a caso, a partir da construção do problema ou objeto da pesquisa, atendendo as necessidades do pesquisador, sendo um caminho para se chegar a um determinado resultado (NETO, 2015).

A partir desta premissa de Foucault, é apresentado a seguir o percurso metodológico seguido durante os quase quatro anos de doutoramento, que não foi engessado e que permitiu explorar novas possibilidades que surgiram durante esta trajetória.

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Contrariando a história linear e casuística, Michel Foucault enfatizava que, mais importante que identificar os fatos, era refletir sobre de que maneira os saberes apareciam e se transformavam, considerando as condições históricas do saber da época que era analisada e a partir do entendimento de mundo dos envolvidos naquele contexto (HELLMANN; VERDI, 2014).

Antes de iniciar a investigação sobre como ocorreu a implantação e disseminação das práticas do Cuidado do MC no Estado de SC, foi necessário contextualizar o cenário do qual este estudo emerge, bem como apresentar como se configurava a sua relação com o MC durante o período do estudo.

SC é o menor Estado em território do Sul do Brasil, com 95,4 mil km². Seus 295 municípios estão subdivididos em oito principais regiões, sendo estas: Litoral, Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste. Localizado em uma região estratégica, fazendo fronteiras com o Paraná (ao Norte), Rio Grande do Sul (ao Sul), Oceano Atlântico (ao Leste) e Argentina (ao Oeste), apresenta economia diversificada atendendo a diversos setores como: produção alimentar; construção civil; indústria moveleira, metalomecânica e têxtil; e turismo (IBGE, 2020). O Estado contempla uma ampla rede de serviços de saúde, que atende uma população estimada de 7.164.788 milhões, nos níveis

primários, secundários e terciários, no âmbito público e privado (IBGE, 2020). Ainda, apresenta uma cobertura da ESF de 82,9%, o que resultou em uma satisfatória oferta de pré-natal (no ano de 2017 foi de 76,4%) (SANTA CATARINA, 2019).

Com relação aos indicadores de saúde, o SC apresentou no ano de 2019 o registro de 97.589 nascidos vivos (sendo nos últimos anos mais de 50% dos nascimentos por cesariana) (DIVE, [S.d.]; SANTA CATARINA, 2019). Destes, 10.200 nasceram antes de completar 37 semanas de IG e 7.797 eram baixo peso (menores de 2500 g). A taxa de mortalidade infantil do Estado é uma das menores do país, sendo neste período, para crianças menores de um ano, de 944, perfazendo o coeficiente de mortalidade de 9,67%. (DIVE, [S.d.]). Todavia, os esforços da gestão estadual seguem no objetivo de reduzir as mortes evitáveis, convergindo com os ODS de eliminar as mortes evitáveis entre os anos de 2016 a 2030 (ONU, 2015; SANTA CATARINA, 2019).

O Estado de SC apresenta representatividade no MC, possuindo dois Centros de Referência, sendo o primeiro CRN no HU/UFSC (2000), em Florianópolis, e o segundo CRE na MDV (2013), em Joinville. Com relação ao atendimento neonatal no Estado, atualmente SC apresenta um total de 493 leitos cadastrados em suas UN, distribuídos conforme observado nos quadros seguintes.

Quadro 3 - Número de leitos de acordo com o tipo, cadastrados nas UN do Estado de SC. 2020, Brasil.

Tipo	Existente
UTI Neonatal - I	43
UTI Neonatal - II	168
UTI Neonatal - III	22
UCINCo	114
UCINCa	27
Neonatologia Clínica ⁴	117
Unidade Intermediária Neonatal ⁴	2
TOTAL	493

Fonte: adaptado de Brasil (2020).

A Portaria nº 930/2012 do MS estabelece o parâmetro de dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa para cada 1000 nascidos vivos. Com relação às UN com UCINCa cadastradas em SC, o Estado conta com 27 leitos, distribuídos em oito instituições conforme o Quadro 4. Cabe destacar que estes dados nem sempre refletem a realidade das instituições, uma vez que o processo de credenciamento dos leitos é moroso e

⁴ Embora a partir da portaria nº 930/2012 seja padronizada uma nova nomenclatura para as segmentações das UN no país, o DataSUS apresenta as terminologias diferentes, dificultando a precisão das informações com relação ao número exato de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa.

burocrático, além do que identificamos no estudo que muitas vezes os hospitais não comunicam formalmente ao Estado quais etapas do Método estão realizando.

Quadro 4 – Distribuição de leitos de UCINCa por município no Estado de SC. 2020, Brasil.

Hospital	Município	Nº Leitos UCINCa
Hospital Santo Antônio	Blumenau	04
Hospital Helio Anjos Ortiz	Curitibanos	05
Hospital Universitário – HU/UFSC	Florianópolis	04
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	04
Hospital e Maternidade Jaragua	Jaragua do Sul	03
Maternidade Darcy Vargas	Joinville	02
Hospital Regional Alto Vale	Rio do Sul	03
Hospital Regional São Paulo	Xanxerê	02
TOTAL	08 municípios	27 leitos

Fonte: adaptado de Brasil (2020).

O último levantamento oficial do Estado que foi realizado com relação às etapas do Método data de 2015, sendo obtido a partir de documento fornecido pela Área Técnica de Saúde da Criança durante a coleta de dados. Este material traz um panorama das ações do MC em SC contendo dados de 15 hospitais e maternidades do Estado, no qual acrescento para análise no quadro 5 o HU/UFSC, hospital federal. Destas instituições, todas responderam ter participado de curso do MC capacitação de tutor, destacando para a presença de tutores em todas as instituições. Destes serviços, apenas a MDV, o Hospital e Maternidade Jaraguá e o HU/UFSC referiram realizar as três etapas do Método integralmente, conforme observa-se no quadro a seguir:

Quadro 5 - Participação das instituições na realização das etapas do Método Canguru. 2020, SC.

Instituição	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina	Sim	Sim	Sim
Maternidade Darcy Vargas	Sim	Sim	Sim
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Sim	Parcial	Não
Hospital Reg Terezinha Gaio Basso	Não	Parcial	Sim
Hospital Tereza Ramos	Parcial	Não	Não
Hospital Regional de São José	Sim	Não	Não
Hospital Santo Antônio	Sim	Parcial	Sim
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Sim	Não	Não
Maternidade Carmela Dutra	Parcial	Não	Não
Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux - Hospital Azambuja	Não	Sim	Não
Hospital e Maternidade Jaraguá	Sim	Sim	Sim
Maternidade Dona Catarina Kus	Não	Não	Não
Hospital Regional de São Paulo	Não	Não	Não
Hospital Regional Alto Vale	Parcial	Não	Não
Hospital São Francisco	Parcial	Parcial	Não
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Sim	Parcial	Parcial

Fonte: a autora.

Destaca-se que estes dados dos hospitais e maternidades do Estado foram preenchidos pela própria instituição, com possíveis vieses, como por exemplo, foi observado que um dos serviços relatou não realizar a primeira etapa, mas realizar parcialmente a segunda e efetivamente a terceira.

4.3 AS FONTES HISTÓRICAS

São consideradas fontes históricas todos os tipos de informações, sejam estas orais ou não orais (PADILHA *et al.*, 2017). As fontes desta investigação são constituídas por fontes orais e documentais relevantes para o desvelamento sobre o início da prática do cuidado fundamentado no MC.

4.3.1 Fontes orais

Segundo Padilha e Borenstein (2005), quando se investiga algo que ocorreu num tempo relativamente recente, é possível identificar as pessoas que vivenciaram e participaram do determinado processo histórico e integrá-las à pesquisa como fontes históricas. Com relação aos personagens que fizeram e fazem parte do processo histórico de implantação e disseminação do MC em SC, o Estado conta com 60 tutores cadastrados (43 da Atenção Hospitalar, 15 da AP e dois de ambas), sendo estes 32 enfermeiros, oito médicos, seis assistentes sociais, cinco fisioterapeutas, cinco fonoaudiólogas, duas psicólogas, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional⁵.

Considerando que o único registro de domínio público que se tem até o momento abordando sobre a implantação e disseminação do MC no Estado de SC corresponde ao capítulo relativo à experiência do CRN HU/UFSC, no livro de 15 anos do MC (CUSTÓDIO; COSTA; BORCK, 2015). E que não existem materiais publicados sobre os tutores e consultores, ou as instituições que realizam o Método em suas três etapas. O ponto de partida para a realização do estudo foi o CRN do HU/UFSC a partir do contato com a coordenadora do MC no serviço no momento da coleta de dados (que mantém a mesma desde o ano 2000, quando a instituição foi credenciada pelo MS), sendo esta a entrevista zero para a formação de colônias, que serão apresentadas a seguir.

⁵ Informação fornecida pela Área da Criança do Ministério da Saúde.

Por meio da técnica de *snow ball* (bola de neve), foram identificados e entrevistados os demais participantes deste estudo. A técnica de *snow ball* permite a determinação de “informantes-chaves”, que são entrevistados e indicam novos participantes a partir das características semelhantes e assim sucessivamente até a saturação amostral. Esta técnica é frequentemente utilizada em pesquisas sociais por garantir maior heterogeneidade entre os participantes do estudo e conseqüentemente maior representatividade (VINUTO, 2014).

Estas fontes orais foram selecionadas também a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser consultor/tutor/gestor de saúde da equipe multiprofissional (enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogo); e, que tenha participado da transformação do cenário do cuidado a partir da proposta do MC, considerando o recorte 1996 a 2019. Como critério de exclusão, adotou-se: profissionais que tenham atuado menos de três anos no Método, considerando que este seria um curto período para a análise.

Padilha e colaboradores (2017), a partir de reflexões à luz de diversos autores sobre pesquisa histórica, apresentam nomenclatura específica para determinar o grupo de pessoas a participarem de estudos do tipo HO, fragmentados em comunidade destino; colônia; e rede.

A comunidade destino corresponde ao “universo do estudo”, neste caso, ao grupo de profissionais da saúde que atuam nas diferentes UN do Estado e estão de certa forma envolvidos no processo de implementação do MC no Estado de SC. A colônia diz respeito ao total do grupo de tutores e consultores que participaram deste processo de implementação (agrupados pelas características semelhantes de ser consultor/tutor/gestor do MC); e por fim, a rede é o conjunto de participantes incluídos que participaram das entrevistas (PADILHA *et al.*, 2017).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não há necessidade de que se estabeleça uma estimativa numérica de participantes, sendo o fim da coleta de dados determinado a partir da saturação dos mesmos (FONTANELA, MAGDALENO JÚNIOR, 2012; MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Assim, para responder aos objetivos deste estudo, considerou-se que foi atingido um aprofundamento necessário das informações, mas é importante destacar que a história está em constante construção, sofrendo influência do contexto e das pessoas que dele participam.

Atendendo os objetivos propostos, participaram desta investigação 12 profissionais da saúde, sendo estes: cinco enfermeiras, quatro médicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Suas idades oscilaram entre 30 e 69 anos, sendo oito tutores, três consultores e um gestor do Método. O tempo de formação variou de 4 a 45 anos, e o tempo de atuação no MC de nove a 20 anos, Estes profissionais representavam seis

instituições de saúde do Estado de SC, de quatro municípios (Florianópolis, Joinville, Tubarão e Jaraguá do Sul).

4.3.2 Fontes documentais

Os documentos são classificados como fontes primárias e fontes secundárias. As fontes primárias são consideradas os materiais em “primeira mão”, ou seja, documentos originais ou relatos de pessoas que participaram ou observaram diretamente o fato. As fontes secundárias correspondem aos relatos de “segunda ou terceira mão”, que passaram por diversas análises históricas. Apresentam valor limitado, devido ao risco de distorção das informações que sofreu nas múltiplas análises autorais, imbricadas das interpretações de quem escreve (PADILHA, BORENSTEIN, 2005; PADILHA *et al.*, 2017).

O conceito de documento transcende a ideia de textos escritos ou impressos. Por documento, entende-se toda fonte onde possam ser encontradas ideias precursoras sobre a temática, sejam estes registros em documentos oficiais (manuais, relatórios, portarias, resoluções, normativas, leis, entre outros), fotos, imagens oficiais ou dos arquivos pessoais dos participantes do estudo (desde que autorizado formalmente o uso pelos mesmos), artigos de jornais e revistas, que foram utilizados para a validação das informações orais e contextualização do momento histórico e social vivido. Estes documentos são também denominados pelos historiadores como fontes iconográficas, materiais com relevância histórica importante sobre determinada sociedade (PADILHA *et al.*, 2017).

Além das entrevistas, foram consideradas como fonte de dados para esta pesquisa histórica todos os documentos encontrados sobre o MC que auxiliassem no processo de interpretação sobre como ocorreu a implantação do mesmo no Estado de SC. A busca documental é considerada forma de validar a veracidade das informações obtidas nos discursos (PADILHA *et al.*, 2017).

Estes documentos foram obtidos com as fontes orais durante as entrevistas, totalizando 84 documentos (fotos, planilhas, matérias de jornal, folders, portarias, livros de registro da unidade, relatos, registros do seguimento das três etapas, entre outros).

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Considerando que no Método de pesquisa histórica, segundo Padilha e colaboradores (2017), o historiador constrói os fatos, os dá voz e vida, interrogando as evidências. Ao

amadurecer no processo de pesquisa e à luz dos objetivos do estudo, deu-se início à HO a partir das fontes orais. Durante este processo foram coletadas simultaneamente as fontes documentais, que possibilitaram compreender melhor o contexto e validar algumas informações obtidas a partir dos discursos.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a novembro de 2019. Este longo período justifica-se pelo fato de terem sido mapeadas várias regiões do Estado, respeitando a metodologia proposta. Para realizar as entrevistas foi necessário articular as agendas dos profissionais participantes e da pesquisadora principal, que realizou sua investigação sem dedicação exclusiva, atuando simultaneamente à realização da pesquisa em uma maternidade pública do Estado de SC e em uma instituição particular de ensino superior do curso de enfermagem, ambas no município de Joinville, sem liberação de carga horária.

A seguir, são apresentados os cuidados adotados ao realizar a coleta de dados das fontes orais e documentais.

4.4.1 Coleta das fontes orais e documentais

A metodologia da HO possibilita a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos em um determinado contexto social e a partir de seus relatos orais e lembranças pessoais permite conhecer e aprofundar o que se sabe sobre determinada realidade (PORTELLI, 1997).

A primeira etapa desta coleta de dados refere-se à realização de entrevistas, as quais foram norteadas por um roteiro guia semiestruturado (Apêndice A). A entrevista foi composta por perguntas abertas que auxiliaram a desvelar o fenômeno estudado. Este instrumento passou pela avaliação de três pesquisadoras *experts* da área, sendo realizadas adequações de modo a convergir mais o roteiro com o referencial foucaltiano, conforme as sugestões apontadas. Cabe mencionar que este roteiro sofreu ajustes para a entrevista com o gestor do Estado.

Em uma investigação que tem como Método a HO, faz-se necessário que o pesquisador seja cauteloso em atender as necessidades de seguir determinadas etapas, como a pré-entrevista, ao apresentar o projeto ao participante, realizar os agendamentos para coleta e gravação dos áudios, cuidando sempre na seleção do ambiente para a realização da entrevista. Ao realizar a entrevista, o investigador necessita fazer uma escuta atenta. Finalmente, ao realizar uma pesquisa histórica, o pesquisador compromete-se com a continuidade da pós-

entrevista, por agradecimentos através de cartas, telefonemas ou e-mails (PADILHA *et al.*, 2017).

O momento da pré-entrevista se deu ao realizar o primeiro contato com os participantes que ocorreu via telefone, *WhatsApp*® ou e-mail. A partir da técnica de *snow ball*, estes contatos foram fornecidos pelos participantes anteriores ou, em alguns casos em que não se tinham informações sobre estes dados, foi indicado o profissional e o seu local de serviço, e a partir destas informações a pesquisadora buscou contatar os serviços objetivando localizar o futuro participante. Ao conseguir realizar o contato prévio, era realizado o convite para participar na pesquisa, explicando os objetivos e os Métodos de coleta de dados. Diante do aceite em participar da mesma, realizava-se o agendamento da entrevista e solicitava-se previamente que o participante levasse consigo no dia combinado possíveis documentos que seriam de interesse para desvelar o fenômeno estudado. O local de encontro para a realização das entrevistas foi de escolha dos participantes, como locais de trabalho (hospitais, maternidades e secretarias de saúde), sala de grupo de pesquisa da UFSC e até mesmo na residência da pesquisadora principal. Segundo Thompson (1998, p. 197), “toda fonte histórica derivada da percepção humana é subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade: descolar as camadas da memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta”. O autor reforça ainda que para a realização da HO, é necessária sensibilidade do entrevistador, que deve fazer uma leitura também no que não está sendo dito, considerando o que significam os silêncios.

Compreende-se que neste processo de investigação histórica o pesquisador não pode ter pressa, pois ao reviver uma história o entrevistado pode ser revisitado por um misto de lembranças e emoções. As entrevistas, portanto, foram sempre agendadas com um intervalo confortável de tempo (geralmente uma ao dia), para que as falas não fossem apressadas. Segundo Padilha e colaboradores (2017), a posição do entrevistador é muito importante neste processo de criação, sendo imprescindível a sua honestidade, sua sensibilidade e sua competência na condução da entrevista (PADILHA *et al.*, 2017).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora principal, em diferentes serviços de saúde e regiões do Estado. Todas as entrevistas proporcionaram encontros muito ricos e calorosos, nas quais se observou bastante engajamento dos participantes na atuação para a efetivação das ações do MC em seus serviços. Destaca-se a importância destes sujeitos na construção histórica deste estudo, sendo que todos se mostraram bastante felizes por participar da pesquisa. Os discursos dos participantes foram de grande profundidade teórica e emocional, causando as mais diversas sensações como riso, choro, indignação, e sobretudo,

fazendo refletir sobre esse processo de implantação e disseminação do MC em nosso Estado. Detalhes sobre estes sentimentos e percepções referentes às entrevistas estão relatados detalhadamente no diário de campo (Apêndice D).

As entrevistas foram áudio-gravadas em equipamento digital, mediante autorização formal por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), e transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e mais três acadêmicas de enfermagem que tinham treinamento para esta função, respeitando os critérios quanto a fidelidade da transcrição e transcrição; momento no qual o relato oral passa para a forma escrita, evitando vícios de linguagem, gírias, erros gramaticais ou ideias mal formuladas, obtendo como objeto final um documento histórico (PADILHA *et al.*, 2017).

A duração das entrevistas oscilou entre 30 minutos a duas horas e dez minutos, o que resultou de oito a 30 páginas de transcrição. Todas as transcrições foram checadas pela pesquisadora principal a partir da conferência com o áudio da entrevista. Na etapa de pós-entrevistas, após transcritas, as entrevistas foram encaminhadas aos participantes via e-mail, com o objetivo que fossem por eles validadas e autorizadas formalmente para o uso no estudo a partir da assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral (Apêndice C), sendo por eles determinado se o conteúdo poderia ser utilizado na íntegra ou com restrições; bem como a possibilidade de realizar a sua identificação nas falas. Este documento contém os dados dos entrevistados e da própria entrevista e tem por finalidade garantir os direitos de sua publicação.

Todas entrevistas obtiveram a autorização formal de seu uso, sendo solicitado pelos participantes em alguns momentos para que fossem retirados nomes de terceiros que apareceram nas falas. Inicialmente, três participantes não queriam ser identificadas no estudo, mas após a explicação da pesquisadora principal sobre o contexto no qual ocorre um estudo histórico concordaram e viram a importância em se nominar os sujeitos envolvidos.

Uma participante, após ler sua entrevista, não se sentiu confortável com algumas de suas falas e retornou a entrevista adaptada. No entanto, foi observado que dados importantes de seu discurso foram suprimidos e a história romantizada. Ao conversar com a participante sobre a importância para a pesquisa em utilizar os trechos apagados, a participante decide então realizar um novo encontro. Desta vez sem o uso do gravador, identifica-se que isto influencia positivamente no discurso da participante. Ao fim da conversa a participante autorizou o uso da entrevista na íntegra.

Cabe mencionar que todos os profissionais convidados concordaram em participar das entrevistas, não havendo desistências ou recusas. No entanto, houve a dificuldade de realizar a

entrevista com a gestora da AP do município de Joinville, profissional indicada na técnica de *snow ball* como personagem importante da história, responsável por um modelo de seguimento de bebês de risco que é utilizado como referência em todo o Estado, denominado “Bebê Precioso” (AIRES *et al.*, 2015). Após três tentativas de agendamento sem sucesso, foi optado pelas pesquisadoras encerrar a coleta de dados.

Durante as entrevistas foram coletados simultaneamente documentos solicitados previamente para que os participantes levassem consigo no dia da entrevista e que foram digitalizados no momento da entrevista pelo aplicativo de celular *CamScanner APP®*. O uso destes documentos foi autorizado formalmente mediante a assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral.

Para o registro das particularidades de cada entrevista, percepções da pesquisadora principal, *insights* e até mesmo organizar o registro de fotos realizadas durante o processo investigativo, foi utilizado também como fonte de coleta de dados o diário de campo (Apêndice D). Este instrumento auxilia nas anotações de observações realizadas durante a coleta de dados e entrevistas e auxilia na reflexão (PADILHA *et al.*, 2017).

Durante a pesquisa ocorreu o “I Encontro de Tutores do MC do Estado de SC”, momento que também oportunizou a coleta de dados. Este evento contou com a presença de representantes de diversos serviços da área hospitalar e da atenção primária de diferentes regiões do Estado. Na ocasião, os participantes foram informados deste estudo e autorizaram o uso dos relatos que surgiram, os quais foram registrados no diário de campo.

Conforme Oliveira (2014), no diário registramos tudo aquilo que ouvimos, vimos, sentimos e experienciamos durante a coleta de dados. A autora defende que a utilização do diário de campo deve ser disciplinada, sendo que os pesquisadores não devem realizar o registro em tempo muito distante ao fato ocorrido. Deve ser desenvolvida a arte de realizar notas mentais ou em pequeno bloco durante o período em campo, já que na maioria das vezes fica incompatível observar, conversar, entrevistar e fazer as notas de campo ao mesmo tempo, podendo inclusive causar desconforto para os participantes. Consideram-se como sendo os melhores momentos para o registro no diário o período enquanto o pesquisador aguarda para realização da entrevista ou logo em seguida.

Construir este instrumento no decorrer da pesquisa foi algo muito prazeroso. Esta “pausa” para organizar as ideias que ocorriam foram muito ricas, permeadas de sensações diversas como nostalgia, emoções e reflexões que posteriormente auxiliaram na realização da análise das fontes obtidas durante a coleta de dados.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O pesquisador conta a história a partir da sua interpretação, explicando o que aconteceu, e como aconteceu, a partir do relato ou documentos obtidos. Esta árdua tarefa exige intenso exercício dúbio do pesquisador, de mergulhar nos fatos e ao mesmo tempo se distanciar, buscando uma análise fidedigna, ética, e ausente de questionamentos de valores de conotação pessoal. O produto final de seu trabalho deve aparecer sempre como um momento de reflexão, e não como algo acabado (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A análise dos dados desta pesquisa foi realizada à luz da análise genealógica proposta por Foucault (FOUCAULT, 2019). A história genealógica de Foucault é explicativa e corresponde a uma história imersa em relações de poder e jogos de saber-poder, ou seja, é a análise do “porque dos saberes”, que enuncia as relações de poder em um contexto social e político. A genealogia é detalhista, é paciente, é curiosa ao procurar os começos históricos (micronascimentos). Pode-se dizer que a genealogia é o estudo das formas de poder (CARVALHO, 2017; FOUCAULT, 2019).

Para o filósofo, a pesquisa genealógica é a constituição dos saberes contrária aos efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e a um discurso científico de uma sociedade (FOUCAULT, 2019). A pesquisa histórica na enfermagem a partir de uma abordagem genealógica foucaultiana, permite e instiga a pensar um outro modo de historicizar e olhar a enfermagem e sua rede de saber e poder (CARVALHO *et al.*, 2012).

Foucault propõe a análise do discurso considerando as práticas discursivas que articulam o saber; as estratégias e as técnicas do poder; e as relações, pelas quais o sujeito se constitui e se reconhece como sujeito (MAIA *et al.*, 2011; PASSOS, 2019). O filósofo compreende o discurso como uma representação cultural construída por uma determinada realidade, não a cópia exata dela. Segundo Foucault, o discurso constrói o conhecimento e define o sujeito (CARVALHO, 2017).

Para realizar uma análise genealógica do poder e saber, é necessário anteriormente compreender que o poder é inerente às relações humanas, e que só se exerce o poder sobre sujeitos livres, que apresentem diferentes escolhas. O poder circula entre si e circula em redes. Foucault defende que qualquer luta é resistência dentro da própria rede de poder.

Após a transcrição e validação das entrevistas, o material foi organizado de modo que auxiliasse a sistematizar a análise, realizando a compilação das entrevistas. Para isto, foi utilizado a versão disponível *online* de forma gratuita do *software Atlas.ti Cloud*® (<https://atlasti.com/cloud/>). Trata-se de um *software* de análise de dados qualitativos que

auxilia o autor a organizar os dados para a análise. No entanto, não apresenta a dimensão de realizá-la pelo pesquisador, uma vez que esta árdua função cognitiva não pode ser delegada nem mesmo para a mais alta tecnologia. Foi idealizado para a análise de dados qualitativos em grande quantidade. Considerando o volume de dados obtidos nas entrevistas deste estudo, variando de oito a 30 páginas de transcrição cada, a adoção deste *software* para a análise foi bastante significativa.

O programa apresenta diversas versões, das quais variam as possibilidades de intervenções a serem realizadas. A primeira edição comercial foi lançada em 1993 na Bélgica, sendo desenvolvido com base nos princípios da *grounded theory*, e muito utilizado para pesquisas que realizam análise de conteúdo (KLÜBER, 2014). A versão *online* é mais limitada, embora tenha atendido às necessidades desta pesquisa, não apresentando limite de entrevistas nem *codes* (códigos) a serem gerados.

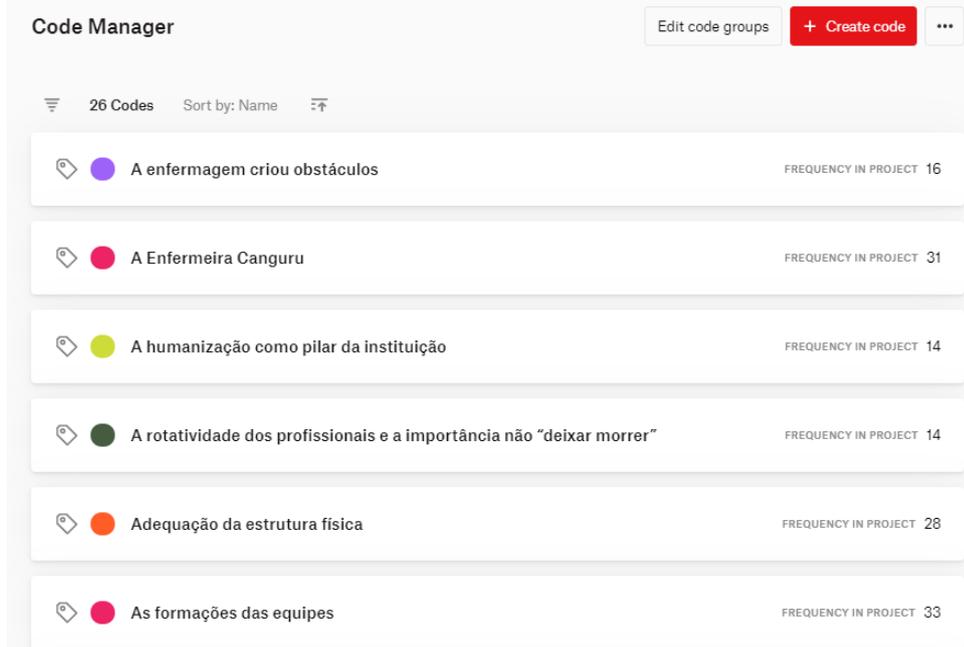
Assim, cada uma das 12 entrevistas foi inserida separadamente no programa *Atlas.ti Cloud®* e realizada leitura flutuante, momento em que buscou-se mergulhar nos discursos (e seus códigos e significados) de forma a absorver ao máximo as histórias que permearam esse processo investigativo.

Em seguida, na etapa de exploração do material, os discursos dos participantes foram sendo destacados na própria entrevista, por cores, em agrupamentos temáticos, ou como denominado nesse software, em *codes* (códigos), os quais resultaram 26 itens de codificação. Após a finalização da seleção dos *codes* em cada entrevista, foi realizada a leitura e releitura de cada *code* separadamente.

Esta etapa possibilitou obter um panorama das diferentes versões da história, contadas pelos personagens que ajudaram a construir a mesma, o que permitiu eleger os discursos significativos (que se complementam, contradizem ou prevalecem) à luz do referencial foucaultiano, e que foram posteriormente organizados compondo o *corpus* de dados, possibilitando as formações discursivas provisórias. Estes agrupamentos temáticos provisórios foram organizados em um documento de *Word®*, no qual à luz dos objetivos e do referencial teórico deram origem às unidades analíticas que possibilitaram conhecer de que forma se instituíram as práticas de cuidado baseadas no MC no Estado.

Considerando a primeira vez em que o programa foi utilizado pela pesquisadora principal, era simultaneamente alimentada uma planilha de análise em *Word®*. Após a pesquisadora ter aumentado a confiança no uso do *software* o documento em *Word®* com este propósito não foi mais utilizado, sendo organizada a análise apenas no *Atlas.ti Cloud®*.

Figura 3 - *Codes* gerados durante o estudo a partir do programa *Atlas.ti Cloud*®.



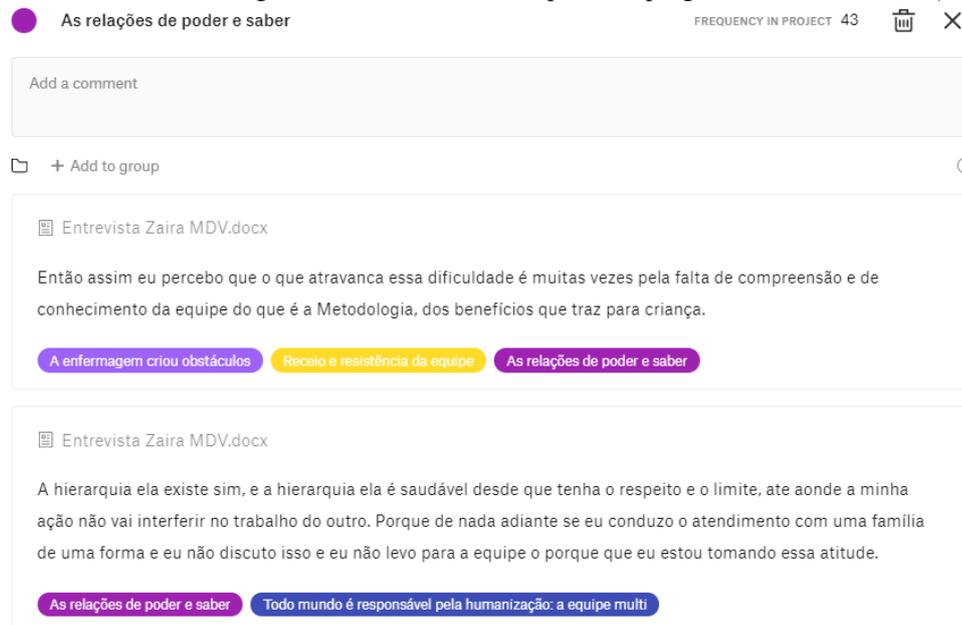
Fonte: adaptado de <https://atlasti.com/cloud/>.

Figura 4 - Análise dos *codes* gerados durante o estudo a partir do programa *Atlas.ti Cloud*® (Parte 1).



Fonte: adaptado de <https://atlasti.com/cloud/>.

Figura 5 - Análise dos *codes* gerados durante o estudo a partir do programa *Atlas.ti Cloud®* (Parte 2).



Fonte: adaptado de <https://atlasti.com/cloud/>.

Para a análise documental, os materiais devem ser lidos e organizados, preferencialmente de forma cronológica e sequencial (HELLMANN; VERDI, 2014). Bellotto (2006) defende o uso de um inventário, um instrumento de pesquisa que organiza os documentos, identificando-os e descrevendo-os com o objetivo de facilitar sua localização e caracterização. Assim, neste estudo os documentos foram listados no diário de campo (Apêndice D) e utilizados como forma de validar as informações orais e auxiliar na contextualização histórica e social dos fatos.

4.5.1 Crítica e validação dos dados

Para Padilha e colaboradores (2017), a condução da pesquisa histórica tem relação direta com a preservação e a qualidade dos documentos. O processo de avaliação e validação das informações na pesquisa histórica é conhecido como crítica externa e crítica interna, que determinam a qualidade e relevância das informações adquiridas através das fontes, determinando as evidências históricas nas quais serão interpretadas e analisadas as hipóteses do pesquisador (PADILHA *et al.*, 2017).

É necessário que o pesquisador avalie e analise o contexto histórico no qual o documento foi produzido, o cenário sócio-político da época. O historiador deve compreender antes de tudo a pessoa que dá a entrevista, questionando se fala em seu nome ou em nome de

um grupo social. As influências de grupos sociais, classes profissionais, regionalismos, entre outros. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A crítica interna corresponde à validação dos achados documentais, quanto sua originalidade textual e fidedignidade do conteúdo. Neste momento, o pesquisador deve questionar se o informante apresenta conhecimento suficiente para relatar o fato estudado. Esta ação foi garantida ao realizar uma devolutiva das informações orais e documentadas em transcrições para os participantes do estudo, realizando assim a validação das entrevistas pelos mesmos a partir da anuência da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral. A crítica externa refere-se aos questionamentos quanto à natureza dos documentos (original ou cópia, procedência, autoria e autenticidade) e dos sujeitos (seu conhecimento sobre a temática investigada).

Buscando atender aos critérios de qualidade internacionais para a pesquisa qualitativa, utilizou-se para descrever o desenvolvimento deste desenho metodológico o *checklist* COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e segundo os princípios da bioética, de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013c; 2016). O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, obtendo a aprovação do projeto pelo CEP em 18/12/2018, pelo número do parecer consubstanciado 3.091.461 e CAAE 03518418.5.0000.0121 (Anexo A).

O historiador desempenha um papel incumbido de intensa responsabilidade ética a partir de citações corretas de trechos e atribuições dos créditos, bem como o rigor metodológico. Os participantes do estudo foram incluídos na pesquisa somente após a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram antes disto informados da natureza do presente estudo e esclarecidos eventuais dúvidas, bem como sobre o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarretasse prejuízo aos participantes. A assinatura do TCLE ocorreu em duas vias, sendo uma de posse do participante e a outra da pesquisadora principal, que ficará arquivada por no mínimo cinco anos.

Considerando a importância de identificar os personagens envolvidos em uma narração histórica, os participantes deste estudo foram identificados por nome e foto, acrescido de uma breve contextualização de sua trajetória profissional, o que foi formalmente autorizado por eles mediante a assinatura do TCLE e da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, não foi isenta de riscos aos participantes do estudo. No entanto, a pesquisadora atuou de forma a corrigir/reduzir eventuais danos que os participantes pudessem ser expostos, sendo estes na maioria das vezes de comoção por lembrar de fatos de resistência que vivenciaram ou constrangimento ao responder alguma questão.

Quanto aos benefícios relacionados à participação nesta pesquisa, estes foram indiretos. Entretanto, espera-se que os resultados aqui apresentados forneçam informações importantes sobre o processo de implementação e disseminação do MC em SC, contribuindo para o fortalecimento desta Política Pública.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 profissionais da saúde, os quais serão apresentados a seguir com sua breve descrição biográfica, fornecida pelos mesmos. Dentre as profissões dos participantes estavam enfermeiras; médicos pediatras, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional. Os serviços aos quais pertenciam eram: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC (Florianópolis/SC); Maternidade Darcy Vargas (Joinville/SC); Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão/SC); Prefeitura Municipal de Florianópolis (Florianópolis/SC); Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina (Florianópolis/SC); Hospital e Maternidade Jaraguá (Jaraguá do Sul/SC).

Vale destacar que todos os participantes se mostraram felizes com a participação no estudo, e principalmente, engajados na disseminação e fortalecimento do Método, sendo considerados peças fundamentais para a consolidação do Método em Santa Catarina.

Quadro 6 - Biografia dos participantes por tempo de atuação no MC.

Imagem do Participante	Biografia
	<p style="text-align: center;">Zaira Aparecida Custódio de Oliveira – Psicóloga</p> <p>Início da atuação no MC: 1999. Nasceu em 21/10/1961 no município de Lages/SC. Formou-se pela UFSC em psicologia. Doutora em psicologia pela UFSC em 2010. Atua como psicóloga na Clínica Obstétrica e Neonatal do HU/UFSC desde 1995. Foi pioneira do MC no Estado de Santa Catarina, quando em 1996 colocou pela primeira vez um bebê na posição canguru. Desde 1999; é consultora e tutora do Ministério da Saúde para o MC e coordenadora do Centro de Referência Nacional para o Método Canguru HU/UFSC; preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde/Ênfase Saúde da Mulher e da Criança; coordenadora do Grupo e Gestantes e Casais Grávidos.</p>
	<p style="text-align: center;">Halei Cruz – Médico</p> <p>Início da atuação no MC: 1999. Nascido em 24/11/1950 no Rio de Janeiro. Formado em medicina no ano de 1974 pela UFSC, especialista em saúde pública em 2010 pela Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel, mestre em ciências médicas pela UFSC em 2007. Atua na Área Técnica de Saúde da Criança (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina) desde 1989 e atuou como pediatra no Departamento Autônomo de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de 1978 a 1989 e atualmente na área privada.</p>
	<p style="text-align: center;">Sônia Maria Polidório Pereira – Enfermeira</p> <p>Início da atuação no MC: 1999. Nasceu em Florianópolis. Formou-se em enfermagem no ano de 1995 pela UFSC. Atuou como enfermeira da Unidade Neonatal de Alto Risco do Hospital Universitário de Florianópolis de 1995 a 2002. Fez parte da equipe de implantação da Humanização do Parto e Nascimento – Metodologia Canguru. Desde março de 2001 trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atuações: Coordenadora de unidade de saúde (2001-2002); Assessora de Vigilância em Saúde (2002-2005); Passou pelos cargos de técnica, gerente e diretora da Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (2009-2016); Técnica da Vigilância em Saúde articulando redes: Trânsito, Violência Sexual (2016-2020); Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho na área de concentração em Saúde da Família; Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Especialista em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; Especialista em Gestão da Saúde Pública; Especialista em Regulação em Saúde no SUS</p>

Imagem do Participante	Biografia
	<p style="text-align: center;">Márcia Borck – Enfermeira</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nascida em 03/08/1962 na cidade de Palmitos/SC. Procedência: Pelotas/RS. Ingressou no HU/UFSC na Unidade Neonatal em 1998. Possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (1983), especialização em projetos assistenciais de enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (1998), especialização em auditoria de enfermagem pela Universidade da Região de Joinville (2005), mestrado em enfermagem pela UFSC (2007). Enfermeira (aposentada em 2018) do Serviço de Neonatologia do HU/UFSC. Doutora em enfermagem pela UFSC (2017). Membro do Grupo de Pesquisa Em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Atuou como tutora/consultora do Ministério da Saúde para o MC. Tem experiência na área de enfermagem, gestão, saúde pública, saúde da criança, neonatologia e obstetrícia. Contribui com pesquisas e capacitações principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde, saúde materno-infantil, prevenção, recém-nascido e família, neonatologia, Método canguru.</p>
	<p style="text-align: center;">Anelise Steglich Souto - Médica</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nasceu em Santo Ângelo, RS, em 1963. Graduada em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1988). Especializações: Residência Médica em Pediatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS) (1989-1990); Residência Médica em Neonatologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS) - 1991; Mestre em Pediatria, área de concentração em Neonatologia pela UFRGS - 1996. Atua como neonatologista no HU/UFSC desde 1998 anos, sendo chefe da Unidade Neonatal de 2008 a 2015. Atuou diretamente nas ações do MC e como tutora no período 2000 a 2015. Atua como professora do Departamento de Pediatria da UFSC desde 1999.</p>
	<p style="text-align: center;">Maria Beatriz Reinert do Nascimento – Médica</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nasceu em Santa Catarina no município de Joinville. Formação: Graduação em medicina pela Universidade Federal do Paraná, UFPR, Paraná, Brasil (1981-1986); Residência Médica em pediatria pela Universidade Federal do Paraná, UFPR, Paraná, Brasil (1987-1988); Residência Médica em neonatologia pela Universidade Federal do Paraná, UFPR, Paraná, Brasil (1989-1990); Mestrado em medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo, USP, São Paulo (1998-2001) tendo como dissertação “Caracterização da amamentação entre recém-nascidos prematuros por ocasião da alta de unidade neonatal de risco” Orientador: Hugo Issler; Doutorado em ciências (Pediatria) pela Universidade de São Paulo, USP, São Paulo (2006-2009) tendo como tese “Características do aleitamento materno no município de Joinville” Orientadora: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi; Especialista em Aleitamento Materno; <i>International Board Certified Lactation Consultant</i> (1997, 2002, 2007, 2012, 2017); Professora titular de pediatria do curso de medicina da Universidade da Região de Joinville – Univille (2002-atual). Atuou: Maternidade Darcy Vargas (1990-2019); Plantão Médico de neonatologia (1990-2015); Atuação em Aleitamento Materno (1994-2019); Atuação no Método Canguru (2000-2016 ou 2017) - Coordenou as ações do MC na MDV no período de 2000 a 2010/ tutora estadual do MC desde 2010; Médica/Coordenadora Técnica do Banco de Leite Humano (2001-2019).</p>

Imagem do Participante	Biografia
	<p style="text-align: center;">Glória Aparecida Santos – Terapeuta Ocupacional</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nasceu em Minas Gerais no município de Oliveira. Formou-se em terapia ocupacional no ano de 1994 na Associação Catarinense de Ensino – Faculdade Guilherme Guimbala. Atuou como Terapeuta Ocupacional da Unidade Neonatal de Alto Risco de 1996 a 2017. Responsável pelo acolhimento e acompanhamento das mães alojadas na enfermaria 27 (mães de recém-nascido pré-termo internados na Unidade Neonatal em fase de amamentação). Tutora estadual do MC desde 2010.</p>
	<p style="text-align: center;">Glória Barcelo Cardoso da Rosa - Enfermeira</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nasceu em 15/01/1958 em Parubé-Laguna-SC. Enfermeira e pedagoga. Graduação em pedagogia pela Fundação Educacional do Sul de SC (FESSC) em 1984 e em enfermagem pela Unisul/Tubarão em 1994. Trabalha há 40 anos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, atuando na maternidade, Alojamento Conjunto, Departamento de Ensino, Unidade Neonatal, Departamento de Enfermagem. Foi coordenadora da Unidade Neonatal (2000-2003). Ajudou a implementar o Método Canguru na instituição neste período. Foi gerente de enfermagem (2004-2008). Atuou ativamente para a obtenção do título Hospital Amigo da Criança. Atualmente é a coordenadora do BLH.</p>
	<p style="text-align: center;">Osmar César Cruz – Médico</p> <p>Início da atuação no MC: 2000. Nascido em 1967 em Terra Roxa - PR. Formado pela Universidade Estadual do Paraná (1992). Especialização em Residência pela Universidade Federal de Santa Catarina: Pediatria-Terapia Intensiva Pediátrica (1995) – Pneumo Pediatria (2004). Pediatra assistente do Hospital e Maternidade Jaraguá desde 1998. Foi um dos fundadores da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal do Hospital e Maternidade Jaraguá (1999), da qual foi coordenador por 15 anos. Atualmente coordena o Serviço de Residência Médica e UCI Neonatal. Tutor para o Método Canguru desde 2000.</p>

Imagem do Participante	Biografia
	<p style="text-align: center;">Zaira Aparecida da Rosa Alchieri – Assistente Social</p> <p>Início da atuação no MC: 2005. Nasceu em 22/12/1966 no município de Liberado Salzano/RS. Formou em serviço social pela UnC – Universidade do Contestado em 2000 – Canoinhas/SC. Especialista: Gestão em políticas públicas pela Faculdade Integrada Espírita/Campus Universitário Bezerra de Menezes - Curitiba/PR; Saúde pública pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina - Florianópolis/SC; Terapia de intervenções sistêmicas (terapia de família) pela Clínica de Terapia Integrada – Curitiba/PR. Atua como assistente social na área materno-infantil da Maternidade Darcy Vargas desde 2005. Tutora Estadual do MC desde 2009. Foi coordenadora do CRE MDV no período 2010 até 2018. Atualmente atua como assistente social - tutora do MC no CRE MDV.</p>
	<p style="text-align: center;">Fernanda do Amaral Verbinen Nunes - Enfermeira</p> <p>Início da atuação no MC: 2010. Nasceu em São Paulo no município de São José do Rio Preto. Formou-se em enfermagem pela UFSC em 2008. Especialista em cuidados intensivos neonatal e pediátrico pela Faculdades Pequeno Príncipe (2012). Enfermeira da Maternidade Darcy Vargas desde 2010, atuou como enfermeira assistencial da unidade neonatal no período julho/2010 até fevereiro/2016, sendo coordenadora da unidade no período abril/2011 até setembro/2015. Foi coordenadora do BLH fevereiro/2016 até maio/2019. Gerente de Enfermagem maio/2019 até outubro/2019. Tutora Estadual do MC desde 2012. Foi coordenadora do CRE MDV no período fevereiro/2019 até outubro/2019. Atualmente atua como enfermeira da Unidade Neonatal.</p>
	<p style="text-align: center;">Camila Martini – Enfermeira</p> <p>Início da atuação no MC: 2009. Nascida em 1988 em Jaraguá do Sul – SC. Atua na Unidade Neonatal do Hospital e Maternidade Jaraguá desde 2009. Graduação em enfermagem pela Instituto Educacional de Santa Catarina – Faculdade Jangada (2016). Especialista em neonatologia e pediatria intensiva pela Faculdade Pequeno Príncipe (2018). Atualmente é coordenadora da UTI, UCI, Canguru e Banco de Leite da instituição. Tutora para o Método desde 2019.</p>

Fonte: a autora.

Por questões éticas, não foi incluída como participante deste estudo por ser a orientadora deste trabalho, apesar de injusto não destacar a importante atuação da enfermeira Dra. Roberta Costa na disseminação e fortalecimento do Método no Estado de SC, sendo inclusive indicada na técnica de *snow ball* por grande parte dos participantes. Roberta Costa é doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2009), mestre pelo PEN/UFSC (2005), especialista em enfermagem obstétrica pela UFSC (2001). Foi enfermeira assistencial da Unidade Neonatal do HU/UFSC (2002-2013), assumindo a Coordenação de Enfermagem da unidade neonatal nesta instituição durante o período 2003-2007, 2009-2011, sendo apontada como uma feliz transição de gestão que ocorreu no período para o sucesso das ações do MC no HU/UFSC. Também atuou como enfermeira assistencial na Unidade Neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis/SC (2005-2006). Atualmente é professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Editora Chefe da Revista Texto & Contexto Enfermagem. Líder do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação tecnológica na Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON). Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru desde 2010, foi uma das organizadoras do Livro “Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública (2015). Roberta foi lembrada com carinho pela maioria dos participantes deste estudo, como uma personagem chave para o fortalecimento do MC no Estado:



Aí entrou a Roberta na chefia, e as coisas começaram a se modificar [...] Até tem um slogan da Roberta de quando ela era chefe ali na Neo, a Roberta foi uma mega parceira na construção dessa área física, da implantação do Método e quando ela era chefe do serviço né ela dizia assim: “não gente, todo mundo aqui é responsável pela humanização. Não é só a enfermeira ou a enfermagem que são responsáveis. Todo mundo é responsável pela humanização”. Isso sim eu copio dela essa fala (Zaira/Psicóloga).

Roberta depois assumiu a chefia ali né! Graças a Deus! Eu fiquei bem feliz quando ela assumiu a chefia. Depois que eu sai a Roberta entrou, entrou bastante gente diferente (Sonia/Enfermeira).

Os resultados e discussão são apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a instrução normativa no 01/PEN/2016 de 17 de agosto de 2016. Essa normativa altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados obtidos nesta tese proporcionaram três manuscritos mencionados a seguir:

- Manuscrito 1: Da implantação à disseminação do Método Canguru em Santa Catarina: uma análise foucaultiana;
- Manuscrito 2: Transformações na prática do cuidado ao recém-nascido a partir da disseminação do Método Canguru;
- Manuscrito 3: Relações de poder e saber entre a equipe de saúde na implantação, disseminação e fortalecimento do Método Canguru.

5.1 MANUSCRITO 1: DA IMPLANTAÇÃO À DISSEMINAÇÃO DO MÉTODO CANGURU EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA

RESUMO

Objetivo: Conhecer como se deu o processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina e refletir sobre a forma com que os novos saberes no Cuidado Neonatal são instituídos na prática. **Método:** Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, sendo a coleta dos dados realizada no período de janeiro a novembro de 2019, através de entrevistas com 12 fontes orais. Foram utilizadas diversas fontes documentais para validar os dados. A análise foi realizada à luz da análise genealógica proposta por Foucault, com o auxílio do *software Atlas.ti Cloud®*. **Resultados:** O processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado se deu por resistências que vêm sendo quebradas à luz do saber científico, capacitações e sensibilizações que contagiaram aos pouco os profissionais para a incorporação dos novos saberes na prática do Cuidado Neonatal. **Considerações finais:** Uma gestão estadual mais participativa pode contribuir para ações de monitoramento dos serviços de saúde, garantindo a efetivação das três etapas do Método Canguru nas Unidades Neonatais catarinenses.

Descritores: Método Canguru. Recém-nascido prematuro. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública. Nascerem por ano cerca de 15 milhões de bebês pré-termos no mundo, sendo que o Brasil ocupa a 10^a posição entre os países com maiores taxas de nascimento prematuro (WHO, 2020).

As evidências indicam que o Método Canguru (MC) é uma tecnologia leve segura que deve ser priorizada no cuidado ao Recém-Nascido Pré-termo de Baixo Peso em comparação aos Cuidados Neonatais convencionais (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016), permitindo que bebês cada vez menores sobrevivam e melhorando sua qualidade de vida (COSTA, PADILHA, 2012; CHI LUONG *et al.*, 2016).

Os desafios no atendimento a estes bebês de risco estão relacionados ao longo tempo e alto custo da internação, o que pode configurar risco para o estabelecimento do vínculo familiar e ainda influenciar nas taxas de aleitamento materno, além de configurar risco para possíveis sequelas relacionadas à prematuridade (CHI LUONG *et al.*, 2016; BRASIL, 2017; 2018; CHARPAK *et al.*, 2017; IBFAN, 2017; WHO, 2019).

No Brasil, o MC está organizado por uma Política Pública de saúde a partir do lançamento da “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (NAHRNBP-MC)” por meio da portaria nº 693/GM de 2000 (revogada e atualizada em 2007 pela portaria SAS/MS nº 1.683). Sendo no país realizado em três etapas com ações integradas de cuidados relacionados à humanização, a inclusão dos pais durante o processo de internação bem como cuidados para o desenvolvimento neurocomportamental do bebê (BRASIL, 2017).

O Estado de Santa Catarina (SC) apresentou no ano de 2019 o registro de 97.589 nascidos vivos. Com relação à prematuridade e baixo peso ao nascer, destas crianças, 10.200 nasceram antes de completar 37 semanas de idade gestacional e 7.797 eram baixo peso (menores de 2500 g). A taxa de mortalidade infantil do Estado é uma das menores do país (9,67% para as crianças menores de um ano) (DIVE, [S.d.]; SANTA CATARINA, 2019).

Cerca de 75% dos óbitos infantis relacionados à prematuridade poderiam ser evitados através do uso de corticoide antenatal, o uso de antibióticos e surfactante, contato pele a pele precoce, dentre outros recursos (LIU *et al.*, 2016; WHO, 2019). Sendo assim, os esforços da Gestão Estadual seguem no objetivo de reduzir as mortes evitáveis, convergindo com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de eliminar as mortes evitáveis entre os anos de 2016 a 2030 (ONU, 2015; SANTA CATARINA, 2019).

O Cuidado Canguru apresentou uma redução de cerca de 40% da mortalidade na alta hospitalar comparado às taxas obtidas no Cuidado Convencional (WHO, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016). É importante ponderar, no entanto, que estudos internacionais avaliam o contato pele a pele como Cuidado Canguru, e não um conjunto de cuidados como preconiza a proposta brasileira do Método.

O Estado de SC apresenta representatividade no MC no Brasil, possuindo dois Centros de Referência: 1) Centro de Referência Nacional (CRN) localizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em Florianópolis; e 2) Centro de Referência Estadual (CRE), localizado na Maternidade Darcy Vargas (MDV), em Joinville.

Embora passados mais de 30 anos do MC no Brasil, estudos indicam resistência para a sua implantação (FARIAS *et al.*, 2017) e baixa compreensão dos profissionais sobre esta importante Política Pública de saúde, sendo o cuidado ainda realizado de forma fragmentada e focado no modelo biomédico (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016).

Apesar do Estado de SC ter se destacado em relação à implantação do MC, tendo um CRN para este cuidado desde o início da implantação e disseminação da política ainda não existem estudos que descrevem como se deu a implantação e disseminação desta política no Estado, nem tampouco que avaliem as repercussões desta proposta de cuidado para o recém-nascido e sua família e também para equipe de saúde que atua nas Unidades Neonatais (UN). Assim, o objetivo deste estudo é: **Conhecer como se deu o processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina e refletir sobre como os novos saberes no Cuidado Neonatal são instituídos na prática.**

MÉTODO

Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa realizada no Estado de SC, no período de janeiro a novembro de 2019. Para a elaboração deste desenho de estudo foi utilizado o *checklist* COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* - (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O contexto do estudo foi o Estado de SC buscando mapear as UN que contribuíram para a disseminação do MC. As fontes desta investigação são constituídas por fontes orais e documentais. Para a seleção das fontes orais utilizaram-se como critérios de inclusão: ser consultor/tutor/gestor de saúde da equipe multiprofissional de saúde (enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogo); ter participado da transformação do cenário do cuidado a partir da proposta do MC, considerando o recorte 1996 a 2019. Este recorte justifica-se por ser o ano de 1996 o período no qual iniciaram as ações relacionadas ao MC no HU/UFSC e finalizando esse marcador histórico o ano de 2019, quando ocorreu o primeiro Encontro Estadual de Tutores de SC, após quase 20 anos do processo de implantação, disseminação e fortalecimento do Método no Estado. Como critério de exclusão foi adotado: profissionais que tenham atuado por menos de três anos no Método, considerando que este seria um curto período para a análise.

Foi utilizada a técnica de *snow ball* - bola de neve (VINUTO, 2014) para o recrutamento dos participantes, sendo a entrevista zero a realizada com a coordenadora do

MC no CRN do HU/UFSC. O fim da coleta ocorreu a partir da saturação dos dados (MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

O agendamento das entrevistas ocorreu via telefone, *WhatsApp*® ou e-mail. Atendendo aos cuidados de ambiência e privacidade, as entrevistas foram realizadas em locais de escolha pelos participantes, sendo estes locais de trabalho (hospitais, maternidades e secretarias de saúde), sala de grupo de pesquisa e até mesmo a residência da pesquisadora principal.

Como instrumento para a coleta de dados das fontes orais foi utilizada a entrevista, que foi norteada por um roteiro-guia validado por três pesquisadoras *experts* da área. Estas entrevistas foram áudio-gravadas em equipamento digital, sendo que as mesmas tiveram uma média de duração de 60 minutos. Todas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e mais três acadêmicas de enfermagem que possuíam treinamento para esta função. Todas as transcrições foram checadas pela pesquisadora principal. Destaca-se o uso do diário de campo para o registro das particularidades de cada entrevista, percepções da pesquisadora principal, *insights*, entre outros.

Após transcritas, as entrevistas foram encaminhadas aos participantes via e-mail para que fossem validadas e autorizadas formalmente pelos entrevistados para o uso no estudo (seja na íntegra ou parcialmente) a partir da assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral. Considerando o contexto da pesquisa histórica, os participantes deste estudo são identificados por seu primeiro nome e profissão, o que foi formalmente autorizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como fontes documentais deste estudo, obteve-se 84 arquivos, dentre eles: registros em documentos oficiais (manuais, relatórios, portarias, resoluções, normativas, leis, artigos de jornais e revistas), fotos, imagens oficiais ou dos arquivos pessoais dos participantes do estudo (cujo uso foi autorizado formalmente mediante a assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral e digitalizados no momento da entrevista pelo aplicativo de celular *CamScanner APP*®. Estas fontes documentais serviram para validar as informações obtidas a partir das fontes orais.

Após a transcrição e validação das entrevistas, o material foi organizado na versão disponível *online* de forma gratuita do *software Atlas.ti Cloud*® (<https://cloud.atlasti.com/>). Neste dispositivo, os discursos das fontes orais foram organizados em 26 *codes*, que posteriormente compuseram o *corpus* de dados. Em seguida foram realizados os agrupamentos dos discursos significativos provisórios à luz do referencial teórico, dando origem às unidades analíticas. A análise dos dados foi realizada à luz da análise genealógica

proposta por Foucault (FOUCAULT, 2019). Para o filósofo, a pesquisa genealógica é a constituição dos saberes contrária aos efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e a um discurso científico de uma sociedade (FOUCAULT, 2019).

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a Resolução nº 466/12 e nº 510/16 (BRASIL, 2013; 2016) do Conselho Nacional de Saúde, e submetido à Plataforma Brasil, obtendo a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 18/12/2018, com o número do parecer consubstanciado 03518418.5.0000.0121.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde que contribuíram no processo de implantação e disseminação do MC no Estado de SC, sendo estes: cinco enfermeiras, quatro médicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. O tempo de atuação no MC variou de nove a 20 anos. Estes profissionais representam seis instituições de saúde do Estado de SC, de quatro municípios.

A partir da análise e interpretação dos dados à luz do referencial foucaultiano, emergiram três unidades analíticas que serão apresentadas e discutidas a seguir: 1) Implantação e disseminação do Método Canguru em Santa Catarina; 2) Resistência na mudança das práticas e as estratégias utilizadas para superá-las; e, 3) Os profissionais foram se contaminando.

1) Implantação e disseminação do Método Canguru em Santa Catarina

A implantação do MC no Estado de SC começou pelo HU/UFSC - 2000 (que apresentou destaque entre os serviços da região Sul), tornando-se posteriormente um CRN, seguido pelo CRE da MDV - 2013. Estes serviços já traziam em seu histórico a humanização e o atendimento às políticas de boas práticas do parto, nascimento e aleitamento materno.

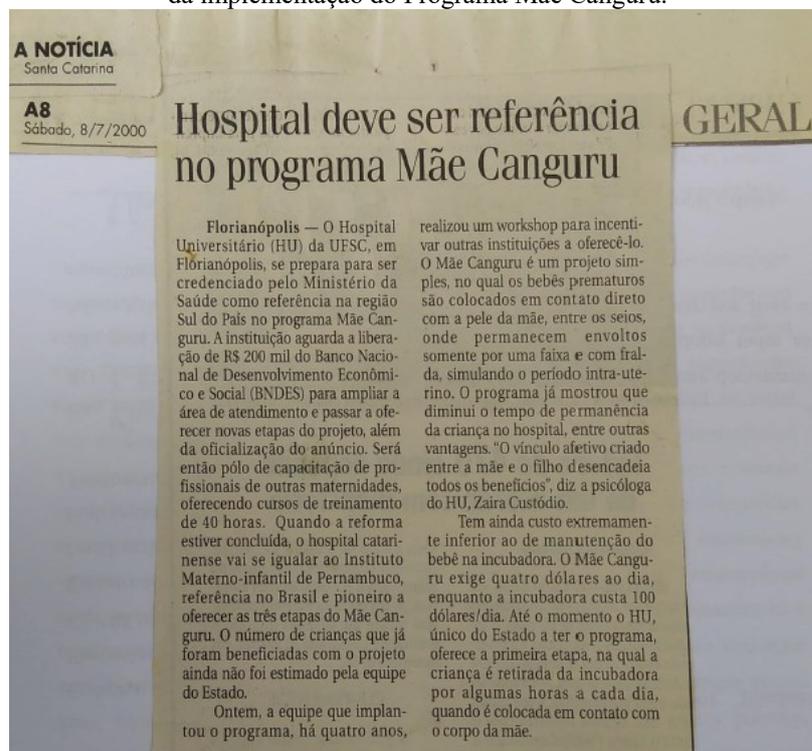
O Ministério começou a introduzir o Método no país [...] eles capacitaram pessoas, principalmente dos hospitais universitários do Brasil todo pra ser Centro de Referência regional. E aqui na região Sul, ficou determinado que seria o Hospital Universitário da UFSC (Halei/Médico).

A área técnica do Ministério da Saúde estava localizando no Brasil quem já tinha uma postura filosófica, de humanização, para se agregar a um grupo maior pensante, para fazer as capacitações [...] a nossa maternidade

(HU/UFSC) abriu em outubro de 1995 e desde então tem a filosofia de humanização. [...] os técnicos da saúde da criança do Ministério da Saúde falaram com a gestão na época, para saber se nós tínhamos então o potencial de ser o futuro Centro de Referência (Zaira/Psicóloga).

A gente observou que muito do que eles estavam falando nós já estávamos fazendo. Nós só não estávamos colocando o bebê na Posição Canguru, mas já colocávamos o bebê no colo da mãe precocemente para mamar no peito. [...] pensamos: que bom que estamos no caminho certo, já estávamos fazendo antes que o Ministério pensasse em tornar isso um programa (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Figura 1 - Recorte de notícia publicada pelo Jornal A Notícia (Santa Catarina) em 8 de julho de 2000 a respeito da implementação do Programa Mãe Canguru.



Fonte: Jornal A Notícia (8 jul 2000).

Os participantes do estudo contaram como foram realizados os primeiros cursos de capacitação para o Método. Um marco importantíssimo apontado por muitos foi a realização da Primeira Conferência Nacional do “Mãe-Canguru” (como anteriormente era chamado o Método), no ano de 1999, no Rio de Janeiro, organizada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Logo no início, houve capacitações frequentes pelo Ministério da Saúde (MS), com objetivo de implantar o Método no País.

Os serviços do HU/UFSC e MDV, que antes já realizavam capacitações/sensibilizações, a partir do momento em que se transformam em Centros de Referência assumem o compromisso de capacitar todo o Estado, com uma agenda mais rígida de cursos e treinamentos. Os cursos de tutoria surgiram com o objetivo de disseminar o

Método. A articulação com a gestão foi importante para garantir a transmissão dos conhecimentos para o restante da equipe.

Eu sei que em agosto de 2000 lá em Fortaleza (no primeiro Curso de Capacitação em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso) a gente saiu com uma agenda. Cumpra-se! Vocês vão ter que fazer dois cursos de capacitação esse ano ainda, todos os serviços que foram lá, e ali eles fizeram a divisão macrorregional. Então o HU/UFSC ficou responsável por capacitar Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso do Sul (Zaira/Psicóloga).

Quando a gente voltou (do curso em Florianópolis), fizemos uma reunião com o gestor falando da importância de treinar as pessoas [...] em fevereiro de 2001 nos replicamos o treinamento para todos os funcionários da Unidade Neonatal. Nós fizemos 7 módulos de aula [...] e replicamos em todos os plantões de manhã e de noite, manhã e de noite, manhã e de noite, então toda a equipe foi treinada (Maria Beatriz/Médica).

[...] você não imagina o que foi treinar todo mundo do dia e da noite. Nós fazíamos treinamento de manhã, à tarde e à noite. E foi bem cansativo, foi bem exaustivo. [...] mas esses treinamentos que nós fazíamos na época eles eram pontuais [...] depois quando a maternidade foi certificada com o Método Canguru, os treinamentos têm data, eles são obrigatórios, tem que ser feito (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Inicialmente havia pouca literatura nacional sobre a temática. Os artigos eram em sua maioria em inglês, limitados a alguns membros da equipe devido à língua. O MC já estava sendo apresentado em congressos, porém ainda não havia produção nacional ou recomendação do MS.

Eu tinha pouco material, só esse da Madre Canguru da Colômbia que a Bel me passou [...] até então nessa época não tinha portaria ministerial, nada no Brasil que formalizassem essas ações (Zaira/Psicóloga).

[...] nessa época inclusive eu estava terminando a minha pós em políticas públicas, eu até pensei em fazer alguma coisa, escrever sobre, mas não tinha material naquela época. Não tinha material. Era pouco, era assim muito pobre. E foi um período em que não se falava quase nada da metodologia (Zaira/Assistente Social).

[...] eu tinha bastante artigo, tudo em inglês, a dificuldade era porque as funcionárias dificilmente alguém sabia ler em inglês (Maria Beatriz/Médica).

[...] eu individualmente ouvi falar em congressos e alguns informativos da sociedade de pediatria. [...] já sabia a história da Colômbia, eu não sabia do empenho do Ministério da Saúde em implantar. Era algo que a gente sabia que existia o Método, que era algo que inclusive era direcionado para regiões mais carentes de equipamentos, material e de recursos (Osmar/Médico).

Aos poucos, o foco do cuidado foi mudando e os profissionais perceberam que não bastava apenas cuidar da sobrevivência do bebê pré-termo, mas também importante atentar quanto às questões relacionadas à humanização e inclusão dos pais no cuidado durante o longo processo de internação destes bebês.

Então, as mudanças, elas já vinham acontecendo, antes da implantação do Método [...] Eu percebi mais empenho da equipe, das meninas, mais compreensão e empenho dos pais em estarem participando, e em relação aos bebês, a recuperação deles mais rápida [...] e o que era mais importante para o bebê, era a mãe, e agora a mãe estava ali presente, não só fazendo o pele a pele mas trazendo o bebê para dentro dela novamente. Muitas mães relatavam assim, como se o bebê voltasse para o útero novamente, então o bebezinho ficava mais calmo [...] e eu acho que foram indicativos de que os bebezinhos também melhoravam pela presença da mãe (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Na primeira etapa do Canguru, em bebês mais graves, às vezes se foca muito na sobrevivência, nas drogas vasoativas, na ventilação, manutenção... e então aí dá pra iniciar já a parte da humanização. Às vezes a gente atrasa um pouquinho aí [...] então assim, a mudança foi na neonatologia em geral, a gente tinha a preocupação em sobrevivência, e nós passamos durante esses anos a sobreviver com qualidade, inclusive qualidade dentro da UTI (Osmar/Médico).

Outra questão que promoveu mudanças nos serviços foi a necessidade de adequações na área física das unidades, para possibilitar a efetivação das três etapas, conforme preconiza a política governamental.

O desafio nosso era primeiro estruturar o serviço minimamente nas três etapas. [...] Compramos no Koerich, nunca me esqueço, umas camas bem domésticas, branquinhas, um criado mudo branquinho, com abajurzinho verde água, como se fosse assim uma casinha, sabe? Dois leitos, com bercinho do lado, aquecido, para trocar. Em uma sala ao lado da UTI montamos a segunda etapa. E a terceira etapa tinha uma bancada próxima, no final da sala. Não tinha como fazer diferente [...] (Zaira/Psicóloga).

Às vezes nós não conseguimos grandes mudanças. Nós não vamos conseguir aquela poltrona maravilhosa, mas tem uma cadeira. Uma cadeira simples ao lado da incubadora (Zaira/Assistente Social).

A gente tem alguns problemas estruturais aqui do espaço, mas que com jeitinho sempre conseguimos resolver. Ele não é perfeito, ele tem muito para melhorar, mas sempre que a gente faz uma solicitação, de uma forma ou de outra sempre acabamos sendo atendidos pela direção. Então a gente consegue um móvel adaptado, uma pintura adaptada, um equipamento que está faltando, mas ainda tem muito para melhorar. Eu acho que verba é uma coisa que faria muita diferença (Fernanda/Enfermeira).

Nós ficamos dois anos com o hospital todo improvisado. Ainda na reforma a gente tentava fazer o Canguru, na medida do possível. Improvisava uma enfermaria da pediatria para tentar manter o mínimo possível (Osmar/Médico).

Aos poucos, muitos hospitais e maternidades do Estado foram capacitados e tinham tutores para o Método, porém são poucos os serviços que realizam as três etapas. A disseminação em SC ainda está bem lenta.

Penso assim, o objetivo foi alcançado, as maternidades foram treinadas, uma boa parte colocou todas as etapas em funcionamento. [...] a literatura está ali, é assim que se faz, se o serviço não faz direito tem que se autoavaliar [...] (Anelise/Médica).

[...] o que chegou para nós enquanto eu estava trabalhando é que praticamente nenhuma maternidade conseguiu implantar efetivamente as três etapas por causa dos gestores [...] o número de maternidades que tem as três etapas é muito pequeno, mesmo no Estado de Santa Catarina a gente não tem ciência de que elas fazem as três etapas (Glória/Terapeuta Ocupacional).

2) Resistência na mudança das práticas e as estratégias utilizadas para superá-las

Os participantes contaram que o processo de implantação do MC no Estado de SC foi permeado por lutas e resistências.

Foi muita resistência. Então assim, foi uma “pelêia”, sabe. Foi difícil, muito difícil. (Zaira/Psicóloga)

[...] a gente achava bastante difícil. Bem assim encantador, mas ao mesmo tempo até um pouco utópico. [...] a nossa paixão, o nosso encantamento, não encantava a todos. Porque quando eu mudo, eu tenho que sair do senso comum. [...], mas era um pouco assustador, porque era um novo. [...] então tudo isso assustou muito a equipe e que gerou uma série de conflitos e resistências. Que aos poucos foram sendo derrubadas [...] (Zaira/Assistente Social).

Depois teve uma época em que ficou basicamente eu estimulando para que a gente colocasse alguma outra paciente (em Canguru). Tinha períodos em que a gente enfrentava problemas e precisávamos interromper. Nós não conseguíamos levar até o final o paciente no Método por várias questões, às vezes por pressão da equipe, pressão negativa da equipe (Osmar/Médico).

Como estratégia para enfrentar a resistência, os participantes relataram realizar diversas ações de sensibilização, conversas e escuta, para mostrar aos colegas os benefícios do Método. Mesmo assim, alguns profissionais mostravam resistência para participar dos cursos de sensibilizações.

A equipe teve bastante resistência. Mas assim, foi, persistimos, mostramos para eles o quanto era importante que fez acontecer e deu certo (Camila/Enfermeira).

É constante, a gente não para de tentar, de conversar, de tentar buscar o atendimento, seguir as premissas do Método e da humanização em geral (Osmar/Médico).

[...] em alguns momentos nós precisamos convocar alguns funcionários, então até hoje tem um ou dois funcionários que nunca fizeram o curso, e que a gente não consegue, porque elas justificam que tem outro vínculo e que não tem liberação do outro vínculo [...] chegou uma época em que a gente até ligava para a outra instituição, fazia ofício da maternidade para a outra instituição liberar e tudo mais, mas você via que tem algumas pessoas que tem uma resistência a isso acontecer (Fernanda/Enfermeira).

Para o sucesso das ações do Método é importante que os profissionais que exercem papel de liderança (gestores/chefias médica e de enfermagem) apoiem a sua implantação.

[...] a enfermagem é fundamental, de todos assim. Dependendo da chefia que eu tinha na UTI eu tinha um resgate do Canguru ou um período de baixa, nunca podia, paciente não tinha perfil, sempre tinha algo negativo, que a gente não conseguia progredir (Osmar/Médico).

Então de 2001 a 2003 a gente trabalhou nisso e foi muito legal. Tinha uma pediatra também, nós duas que começamos a fazer, estava tudo certo (neste período Glória era a chefia de Enfermagem da UN). Depois eu vim para o Banco de Leite Humano e entrou a outra chefia, aí parou de vez [...] Depois a gente começou de novo, trocou chefia, parou de novo [...] ela não participava. Eu acho que ela era meio contra. Não gostava. [...] quando a gente ia fazer as coisas ela achava que estava incomodando. Assim que eu saí (da coordenação) ela entrou. Então eu vi que todo um trabalho que eu havia feito foi por água abaixo. Porque assim né, quando não tem uma pessoa [...] (Glória/Enfermeira).

[...] a gestão local da neonatologia naquele período tinha uma postura muito autoritária, pouco dialógica, em especial da enfermagem [...] a postura da chefe da época, ela criou muito obstáculo. Ela era contra muitas coisas, né [...] Ela tinha uma postura muito mais tradicional, que vinha de serviços muito mais tradicionais também, ela não incorporou muito alguns aspectos da humanização. Ela não era muito favorável que a presença dos pais fosse tão grande lá dentro, o acesso era livre, mas tinha muitas coisas que batia de frente, além do que ela tinha uma dificuldade de interação muito difícil. Ela tinha uma postura filosófica e profissional que é diferente da maioria, ela tinha uma postura relacional muito difícil, sabe. Ela não estava aberta para o diálogo, então ela impôs muitas condições muitas dificuldades. Então toda hora aquele fluxo que eu queria levar, vinha como refluxo. Eu dava cinco passos, voltava dois, e assim ia. Eu noto assim que foi um contexto que juntou essas duas coisas, não ser alguém enfermeiro ou médico que estava militando a causa, e tendo naquele momento histórico uma enfermeira com uma postura tradicional de gestão e de comunicação difíceis (Zaira/Psicóloga).

Eu me lembro que na época existia uma chefia muito resistente. Então foi um processo que não foi fácil conquistar os funcionários. Eu inclusive era uma dessas [...] Aquilo ali realmente não foi fácil. Não dá pra dizer que aquilo foi boicote, era a forma dela funcionar: “quer tentar? Então tenta”. Você podia estar ali fazendo uma sensibilização, que ela passava reto (Márcia/Enfermeira).

Mesmo tendo apoio das chefias dos médicos da neonatologia, da chefia da psicologia, a gente não tinha o apoio principalmente da diretoria de enfermagem da época. A diretoria de enfermagem foi cruel com a gente. Foi cruel. Mas era por ignorância mesmo, por não saber (Sônia/Enfermeira).

Então quando a gestão não compra a ideia, não apoia, nada acontece [...] É que o que gente vê em outras unidades [...] nós formamos outras unidades, maternidades, mas eles não conseguem implantar a metodologia porque a gestão não compra a ideia, não ajuda (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Um dos motivos muitas vezes destacado para justificar a resistência da enfermagem foi o medo da sobrecarga de trabalho. Sendo a principal profissão a estar mais próxima do paciente durante as 24 horas, temiam não dar conta de suas atividades rotineiras aliadas às ações do MC. Outro aspecto que criou uma série de desconfortos iniciais foi a entrada dos pais na UN, não só como visitas, mas participando ativamente de todo o processo de internação.

E aqui a gente sofreu muito para conseguir implantar, porque a enfermagem sempre achava: “ah é mais uma coisa para nós”. Na época realmente, o número de nascimentos era maior do que hoje, e a equipe era menor, então o que elas pensavam: “mais coisa pra a enfermagem, mais coisas pra nós”. Então foi difícil implantar [...] é claro que tinham técnicas de enfermagem, que tinham funcionárias que também não gostavam de estar tirando o bebê (da incubadora), principalmente da UTI. Uma que ela estava ocupada com o bebê: “ah vou ter que largar meu bebê aqui para ir lá pegar o bebê colocar na Posição Canguru...”, tinha isso também, não vou dizer que não (Glória/Terapeuta Ocupacional).

No início, a resistência para o Método era observada inclusive nas próprias mães, que consideravam a máquina (incubadora) mais importantes que elas para o tratamento do filho.

[...] às vezes elas que impunham uma frequência. Porque o bebê já era tirado da incubadora para mamar no peito, então elas achavam que era muito tirar o bebê para depois fazer o Cuidado Canguru. Elas poderiam fazer novamente, em um outro momento, enquanto elas estavam lá no quarto, sem fazer nada, não estava perto do horário de mamada, a noite... Mas elas não faziam porque achava o que bebê já saia demais da incubadora, então partia mais das mães do que da equipe (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Também podemos apontar que as dificuldades por vezes relatadas têm relação com a gestão, de identificar como prioridade as ações do MC em sua instituição.

Em alguns momentos, eu não sei como posso pontuar, não seria o não apoio da direção, mas o não priorizar. Existem outras prioridades que para a administração são mais urgentes, são mais importantes. Então o Canguru muitas vezes ele acaba atravancando uma dificuldade bem básica (Zaira/Assistente Social).

3) Os profissionais foram se contagiando

Aos poucos as equipes foram se contaminando pelo que preconiza o Método. Esta sensibilização só foi possível com treinamentos, disponibilização de material científico e orientação da equipe, mostrando os benefícios do Método.

[...] então eles começaram a incorporar que tudo isso é o MC. Não é só fazer o contato pele a pele na Posição Canguru. E aí foi se contaminando, se contaminando [...] (Zaira/Psicóloga).

E neste dia eu vi pela primeira vez, a fisio colocando um bebê para fazer a Posição Canguru, e eu comecei a lembrar do que a Cinthia tinha me falado. Foi ali que eu fiz o primeiro contado mesmo, assim de ver. E o que mais me marcou foi ver a mãe chorando, eu não lembro quem era a mãe, não lembro do bebê, mas eu lembro da mãe sentado do lado do leito, em uma cadeira de plástico e ela chorando. E aí eu falei: “bom, acho que talvez esse negócio funcione, acho que ele realmente deve ser importante para a mãe”. Eu me fixei nessa mãe, nesse bebê. Depois na outra semana quando eu a vi fazendo o Canguru, eu prestava atenção na fisionomia dela: ela cheirava o bebê, ela alisava o bebê, e eu lembro da mãozinha no peito dela,... e aí eu comecei... Ao ver que era um momento dos dois, acho que foi isso que começou a me cativar assim, para acreditar que o Método era importante [...] (Fernanda/Enfermeira).

[...] enquanto a gente falava, enquanto a gente mostrava, havia uma aceitação porque era algo que realmente mostrava que fazia bem para o bebê, que era uma coisa que iria melhorar a qualidade de vida do bebê, da equipe, com relação ao estresse. Que a gente não iria trabalhar somente com os bebês, o trabalho era também ambiental, para a condição do ambiente de trabalho, melhorar a relação mãe-bebê, trabalhar a relação família-equipe. [...] Então à medida que íamos falando e desenvolvendo, era lindo assim (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Um fator importante para a efetivação das ações do Método foi a sua formalização enquanto uma Política Pública de saúde. No entanto, isto somente ocorreu porque existiam personagens envolvidos que acreditavam em sua prática.

Então quando o Ministério, a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente lança um plano ou uma campanha, uma política, os Estados seguem aquela política. Então a gente é chamado lá, fazem uma reunião, discute, ou cursos, a gente vai sendo capacitado para poder implantar no Estado. Então foi isso que aconteceu (Halei/Médico).

[...] o Ministro José Serra, estava em março (1999) na Conferência Nacional, se encantou pelo Método Mãe Canguru [...] e ele deflagrou junto com a coordenação da saúde da criança que se pensasse sobre como fazer uma norma no Brasil. Então foi o Serra o grande fomentador como gestor ministerial na época. O pessoal que pertencia à Sociedade Brasileira de Pediatria, a SOPERJ do Rio de Janeiro, alguns técnicos do Ministério da Saúde se organizaram e escreveram a norma, lançaram em 99 [...] Então veja que foi uma coisa que foi assim rapidinho né, a Portaria foi lançada no início de 2000 (Zaira/Psicóloga).

[...] é tudo uma coisa muito bonita no papel, mas se você não tem o elemento humano que acredita e que faz essa vivência acontecer, não adianta papel politicamente. A política em si, ela tem que ser transformada também né (Márcia/Enfermeira).

[...] uma coisa que eu acho que faz a diferença, é você sempre acreditar naquilo que está fazendo, e a equipe sempre acreditou muito (Maria Beatriz/Médica).

E o implantar, a motivação, eu costumo dizer que a motivação ela vem de dentro, ela vem de nós. Ela não é algo externo só. O externo pode ajudar, auxiliar. Mas eu tenho que ter a minha motivação para fazer o diferente, para fazer o melhor. Se não, não flui não. Não vai funcionar (Zaira/Assistente Social).

As produções científicas também, garantiram respaldo para a adesão de novas práticas motivadas em evidências.

Desde o início já existia evidência, não era nada assim da ideia, mostrava-se evidência nos espaços. Talvez agora o que a gente tenha é coisas nacionais também, mais específicas para alguns pontos. Mas, toda essa questão do cuidado com o ambiente era baseada em evidências, a parte do desenvolvimento neurológico do bebê baseado em evidência (Anelise/Médica).

[...] fui atrás, corri, implantei o protocolo de manuseio mínimo aqui no hospital. Em cima disso fiz meu trabalho de TCC da minha Pós, o meu artigo foi publicado, eu fiquei bem feliz (Camila/Enfermeira).

[...] e desde a primeira (mãe a participar do Método Canguru) a gente já começou com consentimento informado (apresenta cópia do instrumento). Eles, o Nelson Diniz e a Marinice achavam que não que não tinha nada a ver, não precisava fazer... Eu disse: não, mas a gente quer pra fazer pesquisa. Então a gente registrou desde o primeiro dia, o primeiro caso, a gente têm isso num banco de dados. E eu digo, me arrependo imensamente de não ter publicado. É que eu não tive tempo de fazer. Você dando plantão e

trabalhando, não consegue fazer. Mas de muita coisa que a gente não publicou eu duvido que alguém tivesse toda essa casuística que a gente tem [...] eu acho hoje que eles saem mamando menos do que era antes, eu acho que está diferente do que era ante, então isso me incomodava, eu fui pesquisar isso, então a gente comparou 2008 com 2013, e a gente viu que o aleitamento materno exclusivo foi semelhante nesses dois grupos, não teve diferença estatística, mas o que chamou atenção, em 2013 os bebês eram de menor idade gestacional, menor peso, foram pro Canguru mais tarde, porque provavelmente era mais graves, a gente começou a ter uma população de sobrevida de bebês cada vez menores, e apesar disso ainda saindo mamando, então não foi de todo ruim né (Maria Beatriz/Médica).

As resistências foram aos poucos sendo superadas e as práticas foram se transformando, motivando os profissionais a pesquisarem mais em seus serviços sobre de que forma poderiam estar atuando em boas práticas para o Cuidado Neonatal. As ações do MC são compreendidas por muitos participantes como uma bandeira de luta.

Coisas tão pequenas assim, tão básicas que você pode promover e que pode mudar toda uma história e dinâmica familiar. [...] então pra mim garantir esse direito sabe, esse reencontro, para mim era tudo! Era o que fazia eu suplantar todas as adversidades que eu encontrava lá dentro. [...] se tornou uma bandeira de luta. E é uma bandeira de luta para mim. É uma causa, e eu acho que a prematuridade, trabalhar na prevenção e redução dos danos que a prematuridade impõe é uma causa para mim. [...] e hoje sim é imperdoável você entrar lá e não ver isso, o bebê bem posicionado, bem contido, não ver um bebê que não esteja em pele a pele com a mãe, não ver a Unidade com menos luminosidade, isso não pode acontecer (risos). [...] não tem volta, não se pode pensar a UN do HU sem o MC (Zaira/Psicóloga).

[...] cansada, sentindo que às vezes estava pesado, mas enfim, a bandeira era mais forte. (Anelise/Médica)

Aderir às premissas do MC é atuar num novo paradigma do Cuidado Neonatal. Um cuidado que foi transformado e que necessita de estratégias para sua concretização, enfrentando lutas e resistências.

DISCUSSÃO

A história da implantação e disseminação do MC no Estado de SC foi contada por profissionais da equipe multiprofissional que atuam em diferentes serviços do Estado. Todos com experiência no Método (que variou de 9 a 20 anos), cuidando do recém-nascido e sua família.

A estratégia para a implantação e disseminação do MC no Brasil teve início com a escolha de Centros de Referência, dos quais o HU/UFSC apresentou destaque para a região

Sul devido o atendimento de qualidade prestado baseado na humanização do cuidado. Num segundo momento, a partir de 2008, como projeto de fortalecimento e expansão do MC e com vistas à descentralização, o MS solicitou que cada Secretaria Estadual de Saúde indicasse um serviço para ser CRE para o Método. Também por seu histórico de humanização no cuidado, o Estado de SC indicou a MDV, que em 2013 foi oficialmente certificada como CRE (LAMY *et al.*, 2015 BRASIL, 2017).

Os profissionais destes Centros de Referência assumem então o papel de multiplicadores do Método, responsáveis por capacitar novos profissionais e divulgar o saber a partir da realização de cursos de tutoria, buscando capilarizar esta política governamental. O primeiro curso de formação de tutores realizado no Estado de SC ocorreu de 14 a 18 de setembro de 2009, no HU/UFSC, com a presença de 33 participantes dos Estados do Tocantins, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso do Sul e SC (contando com cinco profissionais do HU/UFSC/Florianópolis; cinco da MDV/Joinville; um da Maternidade Carmela Dutra/Florianópolis e um do Hospital Teresa Ramos/Lages) (LAMY *et al.*, 2015).

Sobre esta relação de poder-saber na qual circulam os consultores e tutores do Método, entende-se que o saber não é neutro, mas um ato político (FILHO *et al.*, 2018). Quanto ao poder, Foucault defende que é um conjunto de práticas sociais e discursos construídos historicamente, que atuam de modo a disciplinar os indivíduos e grupos (FOUCAULT, 2019). O poder não pode ser possuído ou detido por nenhum indivíduo, ele permeia a sociedade (BAPTISTA *et al.*, 2017; BERQUIST; ST-PIERRE; HOLMES, 2018), sendo assim, onde há poder há também luta e resistência (FOUCAULT, 2019).

A partir da disseminação deste conhecimento específico, o tutor capacitado detém o saber para implementar as boas práticas do cuidado ao recém-nascido e sua família. Entretanto, estudo destacou que muitas vezes estes profissionais que são treinados não são os tomadores de decisão dentro das instituições, sendo de fundamental importância capacitar também os gestores para o sucesso na implantação do Método (GONTIJO *et al.*, 2012).

Os resultados apontaram uma fragilidade de embasamento científico para realizar as ações do Método no início, sendo uma prática que não tinha muita literatura específica nacional. Outra limitação importante é o fato que internacionalmente, o Cuidado Canguru diz respeito ao contato pele a pele (posição canguru), e não a um conjunto de práticas que ampliam as questões do cuidado na UN, como no Brasil, por exemplo (WHO, 2015; CHAN *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2019).

A partir do lançamento da NAHRNBP-MC fica instituído formalmente este conjunto de ações voltados para a inserção da família na UN, atenção ao desenvolvimento

neuropsicomotor do recém-nascido e a ambiência das Unidades. O discurso dos participantes deste estudo evidenciou que muito do que foi formalmente preconizado na versão brasileira do Método já estava sendo realizado, “bastava colocar o bebê na Posição Canguru”. Esta passagem reforça que o MC no Brasil envolve muitos cuidados e não está limitado ao contato pele a pele.

A implantação do MC enquanto uma Política Pública de saúde configurou uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal em SC. Cuidados ambientais e relacionados ao neurodesenvolvimento do bebê, que até então não se tinham, passaram a ser considerados fundamentais durante o processo de internação buscando a redução de danos. Sabe-se que estas crianças são muito manipuladas e apresentam diversas intervenções terapêuticas enquanto permanecem no hospital, o que pode acarretar risco para o seu desenvolvimento (ORSI *et al.*, 2015; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Quando refletimos sobre o cuidado ambiental, lembramos que esta já era, ou deveria ser, uma preocupação inerente ao cuidado de enfermagem, considerando a sua pioneira Florence Nightingale, que neste ano comemora os 200 anos de seu nascimento. Florence em sua teoria ambientalista já prezava por um meio ambiente/ambiente físico saudável para o pleno desenvolvimento do ser humano (MAIA, 2019).

Atentando para o ambiente, uma das queixas dos participantes para a adesão ao MC estava relacionada à estrutura física das UN. Contextos adaptados, com recursos escassos foram a realidade de todos os serviços. Chama a atenção que, embora toda a fragilidade financeira para se conquistar melhorias, observa-se que os serviços que conseguiram colocar em prática as atividades do Canguru apresentavam um grupo de profissionais pró-ativos, motivados e engajados que conseguiam lidar com estas limitações institucionais. Silva e colaboradores (2018) apontam as estratégias de motivação da equipe como essenciais para enfrentar as adversidades gerenciais para as boas práticas do MC (SILVA *et al.*, 2018).

Um estudo que buscou definir os atributos ambientais desejáveis para o planejamento de novas unidades de cuidados canguru destacou a importância de que o ambiente seja humanizado, privativo, confortável, funcional e que possibilite o controle das condições ambientais e de acesso (ELY *et al.*, 2017). As dificuldades relacionadas à estrutura física é uma realidade observada em grande parte do território nacional (GESTEIRA *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019).

Ainda refletindo sobre o controle das condições ambientais das UN, este conceito nos remete ao panóptico de Foucault, que em sua tese sobre o poder, o controle e a dominação traz que teria sempre alguém olhando (neste caso, a enfermeira e a equipe multiprofissional),

atuando a partir de mecanismos de vigilância que controlam a sociedade (os pais e demais funcionários da UN), garantindo que a norma e a disciplina sejam estabelecidas (FOUCAULT, 2019). Um panóptico seria um edifício com um posto de guarda que cobre todo o local, alusivo às prisões, onde quem vigia pode observar tudo o que os que estão dentro fazem, sem ser observado, exercendo poder sobre quem observa. Para o filósofo, os mecanismos de vigilância e controle da sociedade agem de forma semelhante, sendo um modelo de controlar os indivíduos. Neste sentido, as mudanças estruturais garantem a vigilância dos bebês e ambiente, mas com um propósito não só o de exercer poder, mas de garantir redução dos estímulos. Os profissionais de saúde e os pais podem ser vigilantes e auxiliar neste processo de cuidado com a ambiência da unidade.

Destacamos ainda que a gerência de recursos para melhorias da estrutura física se dá em nível de gestão local, que às vezes apresenta outras prioridades institucionais que o MC. A garantia de apoio fiscal por parte do governo federal para a efetivação das ações do Método poderia ser uma estratégia de incentivo para os serviços que o aderem.

São poucos os serviços de saúde em SC que apresentam as três etapas do MC funcionando integralmente (Hospital HU/UFSC de Florianópolis, MDV de Joinville e Hospital e Maternidade Jaraguá de Jaraguá do Sul). Cabe destacar que estes dados nem sempre refletem a realidade das instituições, uma vez que o processo de credenciamento dos leitos é moroso e burocrático, além do que identificamos no estudo que muitas vezes os hospitais não informam formalmente ao Estado quais etapas do Método estão realizando. A atuação mais próxima da gestão estadual auxiliaria neste mapeamento.

Apesar do alto investimento do MS, a disseminação ainda é lenta em todo o país (FARIAS *et al.*, 2017) e muitos profissionais ainda apresentam limitada compreensão sobre essa importante Política Pública de saúde (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016).

Toda mudança pode gerar resistência, desconforto e insegurança no início. Não diferente foi com a instituição dos novos saberes na prática do Cuidado Neonatal, que inicialmente foram até considerados utópicos. Com relação a estas resistências, podemos destacar sobre a inclusão dos pais no cuidado, que foi considerado um momento de grande transformação do Cuidado Neonatal, trazendo uma série de desconfortos para a equipe.

Ao investigar sobre o início do Cuidado Neonatal em SC, Costa e Padilha (2012) apontaram uma série de resistências da equipe com relação a participação da família. Esta construção histórica do poder no interior das instituições hospitalares é também observada na enfermagem (FILHO *et al.*, 2018), no qual o sujeito que cuida do outro se encontra inserido,

histórica e socialmente, em uma complexa rede de relações de poderes (LUCENA; PAVIANI, 2017).

Atualmente, é constante nas UN o cuidado compartilhado com a família mas essa inclusão foi (e em muito serviços ainda é) lenta. Isto deve-se à transformação do cuidado hospitalar, que muitas vezes é determinado pelo saber científico dos profissionais de saúde, no qual estão sujeitos passivamente os pacientes, sendo que quanto maior o grau de dependência do paciente menor sua autonomia e mais esse poder profissional atua sobre ele (BAPTISTA *et al.*, 2017; ARAUJO *et al.*, 2018; FILHO *et al.*, 2018; MAIA, 2019).

É importante destacar que a resistência para o MC foi identificada até mesmo nas próprias mães, que temiam retirar seus filhos da incubadora para ficarem pele a pele em posição canguru. Neste contexto, consideravam as tecnologias duras mais importantes que o seu cuidado materno. Para enfrentar estes receios as famílias necessitam serem ouvidas e acolhidas pela equipe de saúde, o que faz parte do Cuidado Canguru, permitindo assim que o saber circule e modifique as práticas.

Como estratégias para o enfrentamento das lutas e resistências, a literatura recomenda uma gestão mais participativa, ações de monitoramento, reflexões quanto a possíveis estratégias a serem adotadas pelo serviço e sensibilização frequente (GESTEIRA *et al.*, 2016; FARIAS *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019).

O processo de implantação do MC exigiu uma articulação importante com a gestão local dos serviços, no qual foi identificado que nos locais em que a gestão se fez presente, a implantação ocorreu com maior sucesso. Sendo assim, é importante que os profissionais que exercem funções de liderança, sejam estes da chefia médica, chefia de enfermagem ou até mesmo gestores das instituições, apoiem a implantação do Método. Foi destacada a importância das lideranças na enfermagem por ser a maior força de trabalho nos hospitais para a implantação do Método. Embora todo o trabalho multiprofissional seja fundamental para a efetivação do MC, a enfermagem foi apontada por muitos participantes como a peça chave fundamental para que o Método ocorra (ou não) na instituição. Outros estudos também destacaram a importância da atuação dos gestores para a implantação do MC (SILVA *et al.*, 2015; 2018; GESTEIRA *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; DENG *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019).

O poder apresenta um deslocamento do espaço de análise com relação ao nível em que ocorre, sendo do macro (Estado) para micro (de dentro às extremidades), denominado por Foucault como microfísica do poder (FOUCAULT, 2019). O poder é vertical, sendo assim, ele se dissipa horizontalmente em micropoderes (FILHO *et al.*, 2018; FOUCAULT, 2019). A

participação da gestão local neste sentido empodera os demais profissionais com estes micropoderes.

A genealogia foucaultiana nos auxilia a analisar e compreender a microfísica que envolve estas relações, seus biopoderes: disciplinas e biopolíticas (PRADO FILHO, 2017; CHOQUE ALIAGA, 2019).

Este estudo apontou que as equipes foram igualmente se transformando junto ao Cuidado Canguru, motivadas pelos benefícios do Método e por acreditarem que este cuidado traz melhores resultados quando comparado com os cuidados tradicionais. Ao incorporarem novos saberes à sua prática, assumiram novos papéis, o que tornou possível mudanças paulatinas nos cuidados prestados.

A formalização do MC enquanto Política Pública de saúde contribuiu para o empenho dos profissionais em colocarem em prática as ações do Método. Estudar política é analisar o poder que os sujeitos exercem em suas relações, é analisar o processo de tomada de decisão. É a partir destas abordagens que são pensadas e refletidas estratégias para determinados problemas da sociedade (MATTOS; BAPTISTA, 2015; CASILAS, 2017).

O Enfermeiro está cada vez mais atuante no delineamento das políticas públicas, sendo considerado agente de transformação social e política (MAGAGNIN *et al.*, 2018). A influência da formação profissional também foi apontada como fator dificultador para a implementação das práticas de humanização. Neste sentido, Magagnin e colaboradores (2018) salientam a importância da formação e transformações histórico-sociais para a atuação do enfermeiro enquanto um ser político-social.

À luz do referencial foucaultiano, o poder não deve ser visto como algo negativo (AQUINO, 2019). O poder constrói, gera saber (FOUCAULT, 2019). Atualmente, apesar das evidências científicas nacionais e internacionais sobre os benefícios do MC destacar principalmente: o maior ganho de peso dos recém-nascidos durante e após a internação; melhor prevalência e taxas de aleitamento materno; melhor controle dos sinais vitais; redução no tempo e custo da internação e melhora dos índices de mortalidade infantil (SARPARAST *et al.*, 2015; WHO, 2015; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; ZIRPOLI *et al.*, 2019; AIRES *et al.*, 2020; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020) ainda observa-se resistência nos serviços e de seus profissionais em aderir às ações do MC integralmente.

A incorporação das novas práticas do Cuidado Neonatal alicerçadas à metodologia Canguru nos serviços de saúde do Estado de SC ocorreu e vêm ocorrendo de forma processual. A disseminação de uma prática pode levar anos para acontecer. Garantir a

efetivação do Método em todo o território nacional deve ser uma prioridade absoluta das equipes de gestão de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de SC Catarina se deu por resistências que foram e vêm sendo quebradas à luz do saber científico, capacitações e sensibilizações que refletiram na incorporação dos novos saberes na prática do Cuidado Neonatal.

Os Centros de Referência assumiram papel importante como polos na transmissão do conhecimento, nos quais os consultores e tutores do Método, personagens dotados de saber específicos, estavam inseridos na relação de poder-saber junto a gestores locais para a efetivação das ações do MC.

A fragilidade da literatura nacional sobre o tema, aliado a falta de uma normativa ministerial, contribuiu para esta insegurança inicial. Contudo, percebeu-se que mesmo após as recomendações formais do MS para o Método ainda eram observadas resistências, que perduram até os tempos atuais, haja vista a dificuldade que se tem em garantir que o MC ocorra de forma uniforme e integral em todo o Estado.

O referencial foucaultiano contribui para compreender de que forma estas relações de poder-saber ocorrem neste processo de implantação e disseminação do MC no Estado de SC.

A implantação do MC enquanto uma Política Pública de saúde configurou uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal em SC que levou anos para se concretizar, ainda enfrentando resistências, desconfortos e inseguranças, principalmente relacionados à inclusão dos pais na UN.

A disseminação do MC no Estado ocorreu (e ainda ocorre) a passos lentos. Apesar de todo investimento governamental do MS para sua efetivação, ainda são observadas fortes resistências por parte dos profissionais de saúde, limitações físicas dos serviços e fragilidades na gestão (tanto local quanto estadual).

Acredita-se que uma gestão estadual mais participativa e ativa contribuirá para ações de monitoramento dos serviços de saúde com relação ao Método e, considerando ser cientificamente comprovado através de benefícios ao bebê, à família e ao Estado, inclusive reduzindo custos com o processo de internação, a garantia da efetivação das três etapas do MC deve ser uma prioridade absoluta nas esferas de gestão de saúde.

Como limitações deste estudo destaca-se a seleção de personagens-chave a partir da técnica de *snow ball*, na qual foram principalmente indicados profissionais engajados, influentes no processo de implantação e disseminação do Estado. Talvez, ao ampliar a abordagem para mais profissionais de ponta será possível identificar o porquê ainda são encontradas tantas fragilidades no Estado para a efetivação do MC.

Espera-se que este estudo possa motivar e subsidiar ações de gestão em âmbito estadual e nacional, repensando estratégias de monitoramento do Método para que este ocorra de forma eficaz em todo o país.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. Método canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

ALVES, F. N.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MOURA, M. R. S.; FERREIRA, D. M. L. M.; ARAÚJO, C. G. A.; MENDES-RODRIGUES, C.; WOLKERS, P. C. B. Impacto do Método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil - uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, 2019.

AQUINO, M. G. Noções de sujeito e poder em leituras foucaultianas e sua influência nos estudos de organizações e gestão de pessoas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 3, p. 448-459, 2019.

ARAÚJO, B. B. M.; PACHECO, S. T. A.; RODRIGUES, B. M. R. D.; SILVA, L. F.; RODRIGUES, B. R. D.; ARANTES, P. C. C. Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, e2770017, 2018.

BAPTISTA, M. K. S.; SANTOS, R. M.; DUARTE, S. J. H.; COMASSETTO, I.; TREZZA, M. C. S. F. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170064, 2017.

BERQUIST R., ST-PIERRE, I., HOLMES, D. *Uncaring nurses: mobilizing power, knowledge, difference, and resistance to explain workplace violence in academia*. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 32, n. 2, p. 199-215, 2018.

BOUNDY, E. O.; DASTJERDI, R.; SPIEGELMAN, D.; FAWZI, W. W.; MISSMER, S. A.; LIEBERMAN, E.; KAJEEPETA, S.; WALL, S.; CHAN, G. J. *Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis*. **Pediatrics**, v. 137, n. 1, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CASILAS S. O. O. *Gubernamentalidad y política pública: estudio alternativo del programa Prospera*. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 79, n. 3, p. 543-570, 2017.

CHAN, G. J.; VALSANGKAR, B.; KAJEEPETA, S.; BOUNDY, E. O.; WALL, S. *What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature*. *Journal of Global Health*, v. 6, n. 1, 2016.

CHARPAK, N.; TESSIER, R.; RUIZ, J. G.; HERNANDEZ, J. T.; URIZA, F.; VILLEGAS, J.; NADEAU, L.; MERCIER, C.; MAHEU, F.; MARIN, J.; CORTES, D.; GALLEGOS, J. M.; MALDONADO, D. *Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care*. *Pediatrics*, v.139, n. 1, 2017.

CHI LUONG, K.; LONG NGUYEN, T.; HUYNH THI, D. H.; CARRARA, H. P.; BERGMAN, N. J. *Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial*. *Acta Paediatrica*, v. 105, n. 4, p. 381–390, 2016.

CHOQUE ALIAGA, O. D. *Foucault: biopolítica y discontinuidad*. *Praxis Filosófica*, n. 49, p. 191-218, 2019.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, p. CD002772, 2016.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 2, p. 247-254, 2012.

DENG, Q.; ZHANG, Y.; LI, Q.; WANG, H.; XU, X. *Factors that have an impact on knowledge, attitude and practice related to kangaroo care: National survey study among neonatal nurses*. *Journal of Clinical Nursing*, v. 27, n. 21-22, p. 4100–4111, 2018.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. [S.d.]. Disponível em: <http://tabnet.dive.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 jun 2020.

ELY, V. H. M. B.; CAVALCANTI, P. B.; SILVEIRA, J. T. T.; KLEIN, M. F.; & SOARES JUNIOR, A. Atributos ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto Método Canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. **Ambiente Construído**, v. 17, n. 2, p. 119-134, 2017.

FARIAS, S. R.; DIAS, F. S. B.; SILVA, J. B.; CELLERE, A. L. L. R.; BERALDO, L.; CARMONA, E. V. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FERREIRA, D. O.; SILVA, M. P. C.; GALON, T.; GOULART, B. F.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D. *Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses*. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190100, 2019.

FILHO, S. A. M.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; PIRES, A. S.; VARELLA, T. C. M. M. L. Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Revista enfermagem UERJ**, v. 26, e30716, 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; NAGATA, M.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método Canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 4, p. 518-528, 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

IBFAN BRASIL. **Cuidado mãe canguru**. Atualidades em amamentação. n. 58, 2017. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Atualidades-em-Amamentacao-N.58-2017.pdf>. Acesso em: 11 jun 2020.

KLOSSOSWSKI, D. G.; GODÓI, V. C.; XAVIER, C. R.; FUJINAGA, C. I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

LAMY, Z. C.; CÓRDOVA, F.; MACHADO, L. G.; MORSCH, D. S.; ALMEIDA, P. V. B. Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

LIU, L.; OZA, S.; HOGAH, D.; CHU, Y.; PERIN, J.; ZHU, J.; LAWN, J. E.; COUSENS, S.; MATHERS, C.; BLACK, R. E. *Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals*. **Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-35, 2016.

LUCENA, M. A. G.; PAVIANI, J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. **Sapere Aude**, v. 8, n. 16, p. 522-535, 2017.

MAGAGNIN, A. B.; AIRES, L. C. P.; FREITAS, M. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MAIA, A. R. C. R. O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018.

MAIA, A. R. É tempo de re-iluminar o cuidado de enfermagem: Re-conectando Florence Nightingale ao seu legado. **HERE – História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 10, n. 2, p. 1-3, 2019.

MANTELLI, G. V.; STRAPASSON, M. R.; PIEROTTO, A. A.; RENOSTO, J. M.; SILVA, J. F. Método Canguru: percepções da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 51-60, 2017.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, p.347-399, 2015.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MONTEIRO, L.; GEREMIAS, F.; MARTINI, C.; VARGAS MAKUCH, D.; TONIN, L. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: protocolo baseado em evidências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018.

O'BRIEN, K.; ROBSON, K.; BRACHT, M.; CRUZ, M.; LUI, K.; ALVARO, R.; SILVA, O.; MONTERROSA, L.; NARVEY, M.; NG, E.; SORAISHAM, A.; YE, X. Y.; MIREA, L.; TARNOW-MORDI, W.; LEE, S. K.; FICARE STUDY GROUP AND FICARE PARENT ADVISORY BOARD. *Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial*. **The Lancet. Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 4, p. 245–254, 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em: 06 jun 2020.

ORSI, K. C. S. C.; LLAGUNO, N. S.; AVELAR, A. F. M.; TSUNEMI, M. H.; PEDREIRA, M. L. G.; SATO, M. H.; PINHEIRO, E. M. Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0550-0555, 2015.

PRADO FILHO, K. A genealogia como Método histórico de análise de práticas e relações de poder. **Revista de Ciências Humanas**, v. 51, n. 2, p. 311-327, 2017.

ROCHA, A. M.; CHOW-CASTILLO, L. A. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Revista Científica Educandi & Civitas**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

RODRIGUES, V. B. M.; BELHAM, A. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal do Hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 4, n. 46, p. 43-49, 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Santa Catarina. **Linha de cuidado materno infantil**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em: 06 jun 2020.

SANTOS, P. F.; SILVA, J. B.; OLIVEIRA, A. S. Percepção da enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 6, n. 6, p. 69-79, 2017.

SARPARAST, L.; FARHADI, R.; SARPARAST, M.; SHAFAI, S. *The effect of kangaroo mother care on neonatal outcomes in Iranian hospitals: a review*. **Journal of Pediatrics Review**, v. 3, 2015.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SCHOCHI, C. G. S.; SILVA, L. R.; SILVA, T. P. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 483-490, 2015.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SILVA, T. P.; SILVA, I. R.; MOURÃO, P. P.; GOMES, T. M. *Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, sup. 6, p. 2783-2791, 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.

WHO. *World Health Organization. Preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 06 jun 2020.

WHO. *World Health Organization. Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/?sequence=1>. Acesso em: 6 nov 2018.

WHO. *World Health Organization. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/58076/file>. Acesso em: 06 jun 2020.

ZIRPOLI, D. B.; MENDES, R. B.; BARREIRO, M. S. C.; REIS, T. S.; MENEZES, A. F. *Benefits of the kangaroo method: an integrative literature review*. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 547-554, 2019.

5.2 MANUSCRITO 2: TRANSFORMAÇÕES NA PRÁTICA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO A PARTIR DA DISSEMINAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

RESUMO

Objetivo: Analisar as transformações na prática do cuidado ao recém-nascido e família a partir da disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina. **Método:** Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa realizada no Estado de Santa Catarina. A coleta foi realizada no período de janeiro a novembro de 2019, sendo constituída por 12 fontes orais e 84 fontes documentais (arquivos oficiais ou pessoais dos participantes como fotos, manuais, relatórios, dentre outros). O material foi organizado com o apoio do *software Atlas.ti Cloud®* e a análise dos dados realizada à luz do referencial foucaultiano. **Resultados:** A mudança de paradigma no Cuidado Neonatal ocorre de forma processual. O cuidado individualizado com a participação família segue sendo um dos pilares do Método, mas ao mesmo tempo um dos principais desafios da equipe de saúde. O aprofundamento dos conhecimentos técnicos e científicos possibilitaram que os profissionais despertassem para os cuidados relacionados à ambiência e neuroproteção do recém-nascido. A educação permanente configura uma importante estratégia de monitoramento das ações do Método. **Considerações finais:** Ao se apropriar do saber específico sobre as premissas do Método Canguru os profissionais detêm o poder para o colocá-lo em prática. Entretanto este poder circula, sendo ainda observadas limitações na realização destes cuidados.

Descritores: Método Canguru. Recém-nascido prematuro. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

Anualmente nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo (WHO, 2020). O Brasil ocupa a 10ª posição entre os países com maiores taxas de nascimento prematuro no mundo (WHO, 2020). Dos 2.944.932 nascidos vivos no país no ano de 2018, 250.418 nasceram com peso menor que 2.500 g e 323.676 com idade gestacional menor que 37 semanas (SINASC, 2018).

O Método Canguru (MC) foi idealizado em Bogotá, na Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá pelos médicos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez. Inicialmente, objetivava reduzir custos relacionados à internação, buscando a alta hospitalar precoce com acompanhamento ambulatorial, possibilitando a desmedicalização e desospitalização (OLIVEIRA *et al.*, 2015; COLOMBIA, 2017; BRASIL, 2017; 2018).

No Brasil, surge em 1991 em Santos/SP no Hospital Guilherme Álvaro, a primeira proposta do MC no país. Em 1994, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Pernambuco, inaugura a “Enfermaria Mãe Canguru”, sendo estes serviços precursores da Metodologia Canguru no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O Método vem sendo aplicado com diferentes objetivos, de acordo com as necessidades de cada país. No Brasil está organizado enquanto Política Pública de saúde, sendo realizado em três etapas que contam com ações de humanização como cuidados com ambiência na Unidade Neonatal (UN), incentivo ao aleitamento materno e inclusão dos pais nos cuidados, além de qualificação profissional para o atendimento (BRASIL, 2017; 2018; FERREIRA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Por ser um modelo que contrariava o até então atendimento tecnocrata e medicalocêntrico, o Método sofreu uma série de críticas desde a sua implantação, principalmente dos países desenvolvidos, que consideravam esta uma medida para países de terceiro mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). As evidências científicas indicam que o MC é uma tecnologia leve segura que deve ser priorizada no cuidado ao Recém-Nascido Pré-termo de Baixo Peso (RNPTBP) em comparação aos Cuidados Neonatais Convencionais. O MC aumenta o ganho de peso e as taxas de aleitamento materno exclusivo na alta (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016), reduz taxas de mortalidade na infância (CHAN *et al.*, 2015; SEIDMAN *et al.*, 2015; VESEL *et al.*, 2015; WHO, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020), além de reduzir significativamente os gastos do Estado e da União com estes processos de internação (ENTRINGER *et al.*, 2013; ZIRPOLI *et al.*, 2017), que na maioria das vezes são longos e com muitas intervenções (MONTEIRO *et al.*, 2019). Além disso, garantir a efetividade do Cuidado Canguru e as boas práticas no Cuidado Neonatal é garantir a melhoria da qualidade de vida destas crianças e suas famílias (HEINONEN *et al.*, 2013; CHARPAK *et al.*, 2017).

A prematuridade exerce influência significativa na vida destes bebês. Um estudo longitudinal apontou que adultos que nasceram prematuramente (pré-termos tardios) apresentaram menor escolaridade e profissões menos qualificadas e mais mal remuneradas do que os nascidos a termo (HEINONEN *et al.*, 2013). Compreender a importância do cuidado neste momento de formação cerebral é crucial. Considerando todos os aspectos nos quais o MC influencia na vida destas crianças e suas famílias, configurando uma mudança de paradigma no atendimento neonatal, este estudo tem por objetivo analisar as transformações na prática do cuidado ao recém-nascido e família, a partir da disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina.

MÉTODO

Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa fundamentada nos aspectos teóricos-filosóficos de Michel Foucault (FOUCAULT, 2019), a partir da História Oral (HO) temática e pesquisa documental. O estudo foi realizado no Estado de Santa Catarina (SC), sendo que este conta com oito municípios com leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) habilitados (27 leitos) (BRASIL, 2020). Os participantes estavam vinculados à seis serviços de saúde: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC (Florianópolis/SC); Maternidade Darcy Vargas (Joinville/SC); Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão/SC); Prefeitura Municipal de Florianópolis (Florianópolis/SC); Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina (Florianópolis/SC); Hospital e Maternidade Jaraguá (Jaraguá do Sul/SC).

Buscando atender aos critérios de qualidade internacionais para a pesquisa qualitativa, foi utilizado para o desenvolvimento deste desenho metodológico o *checklist* COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

As fontes deste estudo configuram-se como orais e documentais. As fontes orais foram constituídas em 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Como critérios de inclusão foram adotados: ser consultor/tutor/gestor de saúde da equipe multiprofissional de saúde (enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogo); que tenham participado da transformação do cenário do cuidado a partir da proposta do MC, considerando o recorte 1996 a 2019. Como critério de exclusão: profissionais que tenham atuado por menos de três anos no Método, considerando este como um curto período para a análise.

Dentre as 84 fontes documentais obtidas durante a realização do estudo, destacam-se: registros em documentos oficiais (manuais, relatórios, portarias, resoluções, normativas, leis, entre outros), fotos, imagens oficiais ou dos arquivos pessoais dos participantes do estudo (cujo uso foi autorizado formalmente mediante a assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral e digitalizados no momento da entrevista pelo aplicativo de celular *CamScanner APP®*), artigos de jornais e revistas.

Foi utilizado ainda o diário de campo, no qual foram registradas as percepções da pesquisadora principal sobre as entrevistas, *insights* e até mesmo organizados os registros de fotos realizadas durante o processo investigativo. Durante a realização do estudo, ocorreu o “I Encontro de Tutores do MC do Estado de SC”, momento que também oportunizou a coleta de

dados. Este evento contou com a presença de representantes de diversos serviços, da área hospitalar e da atenção primária de diversas regiões do Estado. Na ocasião os participantes foram informados desta pesquisa e autorizaram o uso dos relatos que surgiram no evento, os quais foram registrados no diário de campo.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a novembro de 2019, sendo que o ponto de partida para a realização do contato com os participantes do estudo foi o Centro de Referência Nacional (CRN) do HU/UFSC, utilizando a técnica de *snow ball* (bola de neve) para identificar os demais participantes do estudo (VINUTO, 2014).

Os participantes responderam a uma entrevista, norteada por um roteiro-guia. Este instrumento passou pela avaliação de três pesquisadoras *experts* da área, sendo realizadas adequações de modo a convergir mais o roteiro com o referencial foucaultiano.

O primeiro contato com os participantes ocorreu via telefone, *WhatsApp*® ou e-mail, para realização do convite e agendamento das entrevistas. O local de encontro para a realização das entrevistas foi de escolha dos mesmos, como locais de trabalho (hospitais, maternidades e secretarias de saúde), sala de grupo de pesquisa e até mesmo na residência da pesquisadora principal, cuidando sempre na seleção do ambiente para a realização da entrevista, evitando interferências externas e garantindo a privacidade. A coleta de dados cessou a partir da saturação dos mesmos (MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

As entrevistas foram áudio-gravadas em equipamento digital mediante autorização formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e mais três acadêmicas de enfermagem que tinham treinamento para esta função, respeitando os critérios quanto à fidelidade da transcrição e transcrição. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 60 minutos, resultando em aproximadamente 20 páginas de transcrição em documento de *Word*® cada. Todas as transcrições foram checadas pela pesquisadora principal a partir da conferência com o áudio da entrevista.

Após transcritas, as entrevistas foram encaminhadas aos participantes via e-mail, com o objetivo de serem por eles validadas e autorizadas formalmente para o uso no estudo a partir da assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral, e determinado se o conteúdo poderia ser utilizado na íntegra ou com restrições. Considerando o contexto da pesquisa histórica, os participantes deste estudo são identificados por seu primeiro nome e profissão, sendo este aspecto formalmente autorizado mediante a assinatura do TCLE e Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral.

A análise dos dados foi realizada à luz da análise genealógica proposta por Foucault. Após a transcrição e validação das entrevistas, o material foi organizado utilizando a versão disponível *online* de forma gratuita do *software Atlas.ti Cloud*® (<https://cloud.atlasti.com/>). Neste instrumento, cada uma das 12 entrevistas foi inserida separadamente e realizada leitura flutuante. Em seguida, na etapa de exploração do material, os discursos dos participantes foram destacados nas próprias entrevistas em agrupamentos temáticos, ou como denominado nesse *software*, em *codes* (códigos), os quais resultaram 26 itens de codificação. Após a finalização da seleção dos *codes* foi realizada a leitura e releitura de cada *code* separadamente, possibilitando um panorama das diferentes versões da história, contadas pelos personagens que ajudaram a construir a mesma, e permitindo eleger os discursos significativos. O *corpus* de dados possibilitou as formações discursivas provisórias, os quais foram organizados em um documento de *Word*®, deram origem às unidades analíticas, conforme o objetivo e referencial teórico.

A investigação foi baseada nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; 2016), sendo seu projeto submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 18/12/2018 pelo número do parecer consubstanciado 03518418.5.0000.0121.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde, sendo estes: cinco enfermeiras, quatro médicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social que participaram do processo de implantação e disseminação do MC no Estado de SC. Estes profissionais representavam seis instituições de saúde do Estado de SC, de quatro municípios.

A partir da análise e interpretação dos dados sob a ótica de Michel Foucault, foram elencadas quatro unidades analíticas: Cuidado Canguru: a mudança de paradigma; A inclusão dos pais nos cuidados e o apoio da família ampliada; Ambiência da Unidade Neonatal e neuroproteção do recém-nascido; Vigiai e orai: a importância da educação permanente na manutenção das ações do Método.

Cuidado Canguru: a mudança de paradigma

O MC configura uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal, sendo implementado gradativamente.

A gente viu que era bom e que dava bons resultados. A gente viu que todo neném que fazia Canguru só saía ganhando, tanto os pais quanto o bebê [...] As próprias mães dizem: “Meu Deus de ontem pra hoje como ele melhorou”. Também notei casos em que o bebê não estava ganhando peso e depois que a mãe começou a colocar em Canguru ele foi (Glória/Enfermeira).

Eu vi que os bebês precisavam disso e as mães também [...] Eu via assim que os bebês ficavam muito tempo internados e só falta ganhar peso pra ir embora e essas mães iam embora e voltavam, cansavam 60, 90 a 120 dias de internação [...] E onde que eu vi sobre a importância, que realmente precisa se fazer, que não é um capricho. Não é uma vontade e sim uma necessidade, é um direito do bebê! (Camila/Enfermeira).

O MC consiste em atentar para os detalhes para as necessidades individuais de cada bebê e sua família.

E o que me encantou na época quando eu fiz a primeira formação do Método Canguru, o que ficou bem claro assim que é o cuidado individualizado. A individualização do cuidado foi o que mais me motivou naquela época. Que eu tinha a oportunidade de olhar uma família, não um bebê em uma Unidade Neonatal. Mas todo um contexto familiar, que envolvia a equipe também [...] (Zaira/Assistente Social).

Os profissionais falam de um modo geral como incluem os bebês e suas famílias nos Cuidados Canguru. Este cuidado foi incorporado na assistência de muitos serviços como uma prescrição médica (ou multiprofissional), para que se garanta sua execução de modo formal.

[...] até por uma questão da gente favorecer que a mãe tenha uma oportunidade e o pai de realizar a Posição Canguru, a um tempo atrás a gente criou esse ícone como uma prescrição, então ele aparece prescrito para os funcionários. Na verdade, para que a funcionária se lembre de oferecer para a mãe e para o pai de fazer a Posição Canguru (Fernanda/Enfermeira).

O MC melhorou também as taxas de aleitamento materno do Estado e reduziu a mortalidade no período neonatal. O título de Hospital Amigo da Criança confere aspectos importantes de humanização e prevalência do aleitamento nas instituições, contribuindo significativamente para ações do MC. Conforme a fala do Dr. Martinhez, relatada por Zaira/Psicóloga: “o Método Canguru é amor, calor e leite materno”. Então, atuar em

estratégias que favoreçam o aleitamento materno facilitaram posteriormente a implantação do Canguru.

Onde o bebê se alimenta com o aleitamento materno, sempre há uma mortalidade menor e o Canguru leva a isso. Canguru e banco de leite levam a isso. (Halei/Médico)

[...] a gente vê que o bebê indo para o Canguru, ele lambe, ele faz isso, então a gente começou também a mamada no peito vazio, preconizar que se colocasse o bebê para mamar quando ele der sinais. Então se a enfermeira observasse que ele lambia, podia colocar antes [...] não tinha aquela coisa: ah, pelo menos 1500 g, se o bebê pode ir antes [...] eu fui pesquisar isso, então a gente comparou 2008 com 2013, e a gente viu que o aleitamento materno exclusivo foi semelhante nesses dois grupos, não teve diferença estatística. Mas o que chamou atenção, em 2013 os bebês eram de menor idade gestacional, menor peso, foram pro Canguru mais tarde, porque provavelmente era mais graves. A gente começou a ter uma população de sobrevivida de bebês cada vez menores, e apesar disso ainda saindo mamando (Maria Beatriz/Médica).

[...] ele estava no Canguru, e às vezes ele não estava nem na idade, na maturidade, de mamar no peito, mas ele já ia, pelo estímulo sensorial já ia caminhando para aquele cheirinho de leite (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Observar na prática os benefícios do MC para o bebê e sua família revela que a mudança de paradigma é um processo lento, mas que está aos poucos se consolidando.

Figura 1 - Relato sobre o primeiro bebê colocado em Posição Canguru no HU/UFSC, em 14 de junho de 1996 - (Zaira/Psicóloga).

método Canguru

- Início dia 14/06/96
Roguel mãe do RN estava com 4,5 kg.
Ficou 45' pelo umbê e 1 hora à tarde.
- Neste dia outras mães comentaram que gostariam de fazer a experiência, outras se mostraram céticas.
- Dia 18/06/96 - Geli mãe de Thayno iniciou o método. O bebê estava com 5,5 kg.

Fonte: documento cedido à autora.

[...] não tem volta, não se pode pensar a Unidade Neonatal do HU sem o Método Canguru. Eu penso que está bem consolidado o Método [...] E mesmo assim, eu digo, a mudança de modelo, de paradigma, pode levar uma grande época na história, sabe? Pode levar 50 anos às vezes... Nós estamos com 20 anos de Norma Brasileira, de Política Brasileira, e ainda temos muitas dificuldades, muitos obstáculos (Zaira/Psicóloga).

[...] praticamente todas as maternidades foram treinadas. [...] isso já faz parte da neonatologia, não é uma novidade que tem que ser difundida mais [...] é assim que funciona, e pronto. (Anelise/Médica)

A inclusão dos pais nos cuidados e o apoio da família ampliada

A inclusão dos pais nos cuidados foi algo que aconteceu de forma paulatina nas UN do Estado, garantindo autonomia e maior protagonismo destes personagens. Os pais são recebidos preferencialmente pela enfermeira, mas toda a equipe deve ser treinada para recebê-los e orientá-los. O modo como essa família é inserida na unidade repercute na forma de sua atuação nos cuidados durante a internação do bebê, seja com insegurança ou confiantes.

[...] elas não conseguiam se quer falar “meu filho”, porque não tomava vínculo, era uma coisa muito fechada. A mãe entrava, a mãe era visita, a mãe não era a mãe do bebê, era uma visita do bebê. Então quando a gente entrou com essa proposta de colocar a mãe e o pai lá dentro junto, ficar mais tempo, foi bem complicado [...] nós propusemos então a entrada do pai e da mãe juntos, eles podendo ficar dentro na unidade o tempo que quiserem, já inserir as mães nos cuidados de higiene, de alimentação por sonda, supervisionado pela enfermagem... (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Os cuidados que os pais realizam com seus filhos não é limitado à Posição Canguru. Na medida em que começam a desenvolver confiança participam de cuidados de higiene, alimentação, entre outros. Esta inclusão permite que os pais se sintam mais responsáveis pela criança e seguros para a alta, sendo sempre respeitado o tempo de cada família para adaptar-se.

[...] a partir do momento que a mãe ou o pai sinalizam que estão abertos ou aptos emocionalmente para fazer os cuidados eles são inseridos. Desde segurar o leitinho por gavagem, passar oleozinho no corpinho do bebê, trocar a fraldinha [...] (Zaira/Psicóloga).

Quando nós trouxemos a mãe para dentro da unidade para ela assumir o cuidado, nós estamos envolvendo a mãe no cuidado. A mãe, a família, em algumas situações já tivemos a avó, o pai, uma tia. Elas saem daqui seguras do cuidado. Eu penso que são os maiores ganhos para a família, o bebê não é da equipe, o bebê é da mãe. A equipe cuida do bebê temporariamente. Mas quem tem que assumir os cuidados é a mãe (Zaira/Assistente Social).

[...] aqui na segunda etapa, é o processo educativo entre linhas, porque o que você explica pra uma mãe as outras todas vão ouvir. Porque ali é um ambiente um pouco mais tranquilo, é muito mais intenso [...] (Márcia/Enfermeira).

No início houve muita resistência dos funcionários, medo de julgamentos e de serem fiscalizados pelos pais. Alguns serviços ainda apresentam resistência, porém em sua maioria os pais não são mais considerados como visitas, mas sujeitos ativos do processo de internação.

Eu colocar um pai e uma mãe 24 horas dentro da Unidade Neonatal, eu tenho que sair do meu lugar comum. Eu passo a ser observada. E eu penso que esse foi um dos maiores medos, eu posso dar como medo, da equipe, era colocar esse pai essa mãe dentro da unidade. [...] eu brinco assim que os bebês não chegam com a cegonha, a cegonha não larga ali dentro e depois ela vai embora e só volta buscar quando o bebê está pronto para alta, não é assim que funciona (risos). [...] eu costumo brincar que se a gente quer tudo formatado, vamos trabalhar numa fábrica. Uma linha de produção. Trabalhar com pessoas não é uma linha de produção; e principalmente na Unidade Neonatal, onde cada bebê é único, cada família é única (Zaira/Assistente Social).

Não adianta, você realmente tem que ter muita disponibilidade de olhar o ser humano que está ali, seja pai, seja mãe ou avô daquele bebê pré-termo. Porque são muitas histórias que estão no seio dessa família. Às vezes você tem que afastar, chamar pra conversar, para trabalhar outras coisas que não a clínica do bebê. Essas demandas da família. E nem todo mundo quer fazer isso. Dá muito trabalho (Márcia/Enfermeira).

Também um aspecto mencionado pelos participantes foi a presença e participação do pai nos cuidados. Para a equipe o pai não pode ter mais prioridade que a mãe, e ainda se percebe muitos momentos em que o pai ainda é deixado de lado. O pai muitas vezes atrapalha, constrange as outras mães, e até mesmo tem muitos pelos para fazer a Posição Canguru.

A psicologia queria que o pai ficasse um pouco mais junto, ok. Mas a mãe precisa também descansar. E muitas vezes se tinha ali o pai dormindo na cama e a mãe sentada do lado. Daí não... (risos). Então entra o lado do gerenciamento da enfermagem, que complica um pouco no meio dessa história. Mas a gente conseguiu assim, entrar em acordo: pai então permanece aqui na hora dos cuidados, para trocar a fralda, para dar o leite, como é na intermediária convencional. É possível achar soluções, mas tem que preservar a mãe (Márcia/Enfermeira).

Teve um período que alguém invocou que não era adequado os pais ficarem enquanto as mães amamentavam. E eu me lembro muito bem dessa fase, que me incomodou muito! Porque alguém achou que os pais momentos da amamentação eles estariam trazendo problemas, não estariam focando na

amamentação do bebê deles. Aí nós excluimos os pais em um dos momentos mais importantes. Pois o pai tem que entender como que é o processo de amamentação e ele tem que ajudar a mãe amamentar (Zaira/Assistente Social).

As meninas da noite relatavam que ficavam indignadas [...] pois os horários que o pai tinha para ir ver o bebê era a noite, e o pai vinha do trabalho, todo suado, e tinha pai que era peludo e as meninas ficavam horrorizadas. Elas não colocavam o bebê no contato. Acho que a doutora Beatriz falou que não, que podia colocar, que não tinha problema. Elas falavam para o pai ir para casa e tomar um banho, no dia seguinte o pai vinha, mas ele não ia se depilar né... Era uma coisa que incomodava bastante as meninas da enfermagem, aqueles pais peludos mesmo, que o bebê quase sumia nos pelos do pai, porque eles eram pequeninhos, e afundavam lá dentro, as meninas ficavam assim... (Glória/Terapeuta Ocupacional).

A família ampliada, os irmãos e avós entram com restrição. Mas, os profissionais reconhecem a importância da rede de apoio para a mãe.

Porque eu vejo assim, é onde dá o resultado. De nada adianta eu ter, eu não falo em condição social financeira, eu falo nas relações sociais da família. Quando você pega uma família, mesmo que muito simples, muito humilde, mas que você consegue trabalhar as relações sociais para essa mãe ficar aqui dando suporte para o bebê, nossa isso faz toda a diferença (Zaira/Assistente Social).

Com o Canguru a família fica bem mais próxima do bebê, participa. Os avós participam mais em questão de ajudar mais a mãe em casa. Porque a mãe fica preocupada com a casa muitas vezes no Canguru. A casa e o outro filho. Estando no Canguru, eles sabendo da importância, eles acabam ajudando fora daqui (Camila/Enfermeira).

[...] a mãe pediu para a gente para ele (irmão) fazer a Posição Canguru, nem que fosse um minutinho. Pois toda vez que ele vinha a mãe estava com o bebezinho no Canguru e falava que era pra ele crescer. Então o irmão queria fazer também. Ele veio um dia, fez, tirou até a blusinha, ficou meia hora mais ou menos com o irmãozinho. Depois a irmã trouxe a redação que ele fez na escola para contar que ele fez o irmão crescer, que ele tinha superpoderes, que ele era o super irmão. E tinha um desenho dele sentado com o irmão. Era bem lindo (Fernanda/Enfermeira).

Por fim, um desafio é aceitar que a mãe vá às vezes para casa, por diversos motivos, para ver os outros filhos, organizar a casa e também nos casos de repatriamento (mães que moram em outros municípios e não conseguem participar dos cuidados).

Pela equipe todas as mães estariam internadas, toda mãe teria que vir todo horário, toda mãe teria que estar ali do lado. Não existiria isso da mãe ir para casa. Todo pai tinha que estar ali ajudando aquela mãe com aquele bebê. Todo pai tinha que estar presente. [...] acho que não é muito bem resolvido respeitar que às vezes elas também querem ir um pouquinho pra casa, isso a gente não entende tão bem. Ela tem direito de ir ver o outro filho, ela tem o

direito de ir para a casa dela. Então ficou totalmente ao contrário, a mãe que não está ali que é a mal vista. E é irônico porque você vai em qualquer outro lugar e é ao contrário. [...] Quando a mãe não vem a gente tem um problema com a equipe. [...] “Meu Deus aquele pai abandonou aquela mãe”. Elas não entendem que ele está trabalhando (risos), não é porque ele não quer. Eu acho que é engraçado assim, então a gente sabe lidar bem em alguns momentos. Mas é pelo aspecto bom da coisa. A equipe entendeu que o pai e a mãe estão ali, e é o principal (Fernanda/Enfermeira).

A nossa maior dificuldade é por ser um hospital regional e devido esta regulação de leitos do Estado às vezes tem uma mãe que é de muito longe e não consegue vir todos os dias para fazer o Canguru. Às vezes a mãe ganhou em outro hospital que não tem UTIN, e o nenenzinho precisa vir para nós, mas a mãe ainda está lá. Às vezes elas têm muitos filhos pequenos, moram longe. Acho que isso é o mais difícil. Pois as mães que são da nossa região mesmo, é mais tranquilo (Glória/Enfermeira).

Ambiência da Unidade Neonatal e neuroproteção do recém-nascido

A partir da incorporação do MC nos serviços as práticas de cuidado mudaram totalmente, especialmente a partir dos estudos sobre neurociência.

E uma das coisas, quando a gente começou a despertar, é que a gente fazia muito mal para os bebês, mesmo dentro de um ambiente de UTI. Então a gente não cuidava do barulho, da questão do repouso [...] Aí quando eu comecei a estudar isso com os especialistas que vinham eu pensei “Meu Deus, quanta coisa a gente pode fazer!” Então a gente começou um grande movimento de rotina na UTI. Por exemplo, começamos a escurecer a UTI, começamos a exigir mais silêncio. Antes os neonatologistas vinham e ficavam acordando o bebê para apertar a barriga, para fazer isso [...] então a gente começou a falar que não. [...] Não pode mais ficar conversando, contando história na mesa da UTI. O mais cedo possível a gente deve colocar o bebê no colo da mãe. Então isso dava muito trabalho [...] no geral era uma rotina muito cansativa. Tinha inovação (Sônia/Enfermeira).

[...] nossa, a gente é destruidor de cérebros mesmo. E voltamos assim e começamos a colocar os panos em cima das incubadoras, começamos todo o processo, então só foi melhorando. Só foi melhorando com certeza e hoje sim é imperdoável você entrar lá e não ver isso, o bebê bem posicionado, bem contido, não ver um bebê que não esteja em pele a pele com a mãe, não ver a Unidade com menos luminosidade, isso não pode acontecer (risos) (Zaira/Psicóloga).

Figura 2 - Fotos da UN (1995/1996) demonstrando o início do uso de capas protetoras das incubadoras e ninhos de contenção.



Fonte: material cedido pela entrevistada Glória/Terapeuta Ocupacional.

Eu acho que muda bastante, porque muitas vezes eu vou na UTI levar a dieta, e claro já fico de antena ligada pra tudo. Daí eu vejo as meninas “fulano, fala mais baixo, está na hora do soninho dos nenéns”, “ah tu apagaste aquela luz lá?”, “Você cobriu a incubadora?”, então eu vejo que tem muito mais cuidado. E também dos pais, os pais chegam, elas já acolhem, já explicam as coisas. Depois de tudo que a gente aprendeu a gente mudou a prática mesmo (Glória/Enfermeira).

[...] então muitas enfermeiras, muitas técnicas puncionando o bebê, fazendo um procedimento doloroso, mas elas enrolavam o bebezinho no cueiro, elas faziam o procedimento em duas, usavam a sacarose, [...] para que o bebezinho não sofresse. Muitas vezes o bebê era picado e ele não chorava, ele ficava quietinho, e eu acho que tudo isso serviu para melhorar a qualidade de vida do bebê enquanto internado (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Sendo assim, ações de cuidado desenvolvimental foram iniciadas. A MDV já realizava este cuidado a partir do Projeto “Amor Perfeito”, instituído em abril de 1995, no qual eram desenvolvidos cuidados de ambiência e inclusão dos pais, antes mesmo das recomendações formais do Ministério da Saúde sobre o MC. Tratava-se de um projeto de intervenção precoce em bebês de alto risco, trabalho multiprofissional, com o objetivo de facilitar a organização neuropsicomotora do recém-nascido, tratamento ambiental, diminuir o estresse, diminuir estímulos agressivos, diminuir a luminosidade e ruídos mínimos...

Então, as mudanças, elas já vinham acontecendo [...] era o Amor-Perfeito, e o Canguru parece que veio aperfeiçoar aquilo que já era feito. Eu percebi mais

empenho da equipe, das meninas, mais compreensão e empenho dos pais em estarem participando (Glória/Terapeuta Ocupacional).

[...] a gente já trabalhava essa parte ambiental de uma forma bem importante, eu acho que sem dúvida o fato de permitir entrada dos pais livre, visita dos familiares, dos irmãos então isso tudo foram aos poucos foram melhorando [...] (Maria Beatriz/Médica).

As adaptações e reformas realizadas nas unidades já foram com vistas a atender às necessidades do cuidado desenvolvimental.

[...] a nossa Unidade Neonatal foi toda pensada já na reforma com várias questões, inclusive a pia. Eu fui atrás do modelo da pia, ultra mega cara, que não é pia de cuba de inox, de modo que a água quando caia não pingue tão forte. Colocamos “*dimers*” em todos os berços, para poder diminuir e aumentar a luz. Então só foi melhorando (Zaira/Psicóloga).

Atualmente, a maior dificuldade relatada pelos participantes na adesão ao Método ainda está relacionada ao barulho dentro da unidade. Embora já se tenham criados diversos mecanismos e estratégias, este continua sendo um desafio.

Como é hoje, qual é a maior dificuldade dentro da unidade? Barulho! Manter silêncio lá dentro. [...] por mais que brigamos o tempo todo, sempre lembramos que tem que fazer silêncio, todo mundo fala alto, os aparelhos apitam. [...] A iluminação hoje melhorou muito, antes ficavam todas aquelas luzes ligadas, hoje já é rotina, as luzes não ficam mais ligadas o tempo todo. A mãe fazer a Posição Canguru hoje faz parte da prescrição [...] Porque infelizmente a tendência do ser humano é cair na rotina. E quando nós caímos no rotineiro, assim a nosso exemplo mesmo, a gente está ali dentro, a gente se empolga, vai aumentando o tom da voz, vai conversando, vai rindo. E às vezes a gente não percebe o que está acontecendo do lado. Que é um momento que tem que ser de silêncio, tem que respeitar aquela mãe que está ali com o bebê numa situação crítica (Zaira/Assistente Social).

Estas ações, todavia, devem ser monitoradas frequentemente, pois a rotina das unidades pode levar ao esquecimento.

Vigiai e orai: a importância da educação permanente na consolidação e fortalecimento do Método

A consolidação do MC nos serviços é relatada pelos participantes como um “trabalho de formiguinha”, que deve ser incentivado e monitorado diariamente. A educação permanente é importante para instrumentalizar a equipe acerca das evidências cada vez mais robustas que sustentam a prática do MC.

[...] essa implantação, ela é diária. Ela não foi um momento de implantação “a partir de hoje vai ser assim”. Não. O Método Canguru, na minha opinião, tem que ser trabalhado diariamente. Em todos os dias, em cada caso, em cada situação. Houve um progresso sim. Existe muitas coisas atravancadas ainda. E é um processo diário. Às vezes a gente dá dois passos para frente e volta um, aí fica todo mundo desanimado, aí tem que retomar. Assim como tem que estar toda hora retomando coisas mínimas como a posição do bebê, a troca de fralda, o silêncio, a Posição Canguru. Enfim, tudo que preconiza ele tem que estar sendo revisto diariamente. [...] a capacitação tem que ser permanente na Unidade Neonatal. Porque infelizmente a tendência do ser humano é cair na rotina (Zaira/Assistente Social).

Eu penso assim que a luta pela política de humanização ela é contínua. Para poder manter essa história a luta é contínua. Eu vi pessoas ainda que adormecem muito na rotina, que caem na rotina, pessoas que estão vindo muito de fora (da UN) de remanejamentos internos do hospital que vêm que é muito trabalhoso fazer as ações para manter essa política... Então assim, é “orai e vigiai” o tempo todo. [...] capacitação diária. Agora entrou muita gente nova, que veio de outras instituições que não trabalha dentro da metodologia. Então incomoda um pouco e traz desconforto, está na hora de fazer nova capacitação e rever tudo. [...] e hoje é isso, entrou aqui tem que “ler essa cartilha”, aprender essa língua, é uma língua né!? (Zaira/Psicóloga).

[...] foram vários estudos, feitos em vários locais, então assim, tem muito tempo de prática desse Método e vários estudos que mostram que ele é eficiente. E acho que é isso que a gente sempre lembra para a equipe, que funciona, não porque a gente está dizendo que funciona, mas porque já foi comprovado que funciona (Fernanda/Enfermeira).

Inicialmente os treinamentos e sensibilizações eram feitos *in loco*. Em seguida, observou-se que quando o funcionário sai da unidade ele absorve melhor as orientações, sendo necessários então que estes momentos ocorram de maneira programada.

E eu me lembro que quando eles começaram com a tal da sensibilização como é que fizeram, que era o que podia ser feito: a gente chegou uma vez no plantão, nos colocaram numa sala e fizeram aquele teste dos cinco sentidos. Você fica deitada, ouvindo o barulho. E eu confesso que em mim não funcionou muito assim. Porque você chega, eu tinha outro serviço, aí você chega já meio cansada, você passa por esse processo sem preparo nenhum e vê toda aquela coisa ali e querem te sensibilizar. E você já está pensando no plantão que você tem que pegar. Eu me lembro que interiormente eu acabei pegando uma certa aversão às minhas colegas enfermeiras que fizeram aquele processo comigo. Mas isso era interno meu, não teve nenhum problema de relacionamento. Isso eu enxergo hoje. [...] Acho que a forma que é como funcionam hoje os treinamentos, você realmente tem que tirar os funcionários da unidade, você tem que dar um *stand by* nele sabe, preparar ele, dar um pouco de conteúdo mesmo, científico. Fazer ele ver o que é o universo que ele está mergulhado, por isso que eu acho que o Método começou a dar certo (Márcia/Enfermeira).

Foi apontada a necessidade de sensibilizar todo o serviço (ou de maneira ampliada), não somente a UN, com o objetivo de ampliar a concepção do serviço sobre o Método.

[...] era uma coisa que a gente nem prestava atenção aqui no alojamento, então eu entendo o pessoal aqui de fora que não dá muita bola, não entendem o quanto isso é profundo pra quem é da UTI Neonatal [...] a gente não olhava quem estava aqui dentro, a gente sabia se tinha paciente ou não. O que eu acho que foi uma grande perda pra todo mundo, porque talvez se naquela época tivesse sensibilizado também o alojamento a gente teria começado de uma forma diferente. Então a gente já começou com essa separação, sabe? (Fernanda/Enfermeira).

A rotatividade dos profissionais pode influenciar no monitoramento das ações do Método, como também a falta de sensibilização, que se perde no dia a dia das atividades e nas rotinas.

[...] ah por que não é concursado, fica um ano, sai, e não repassa para os outros... A gente fez e isso funcionou de uma forma bem legal. Conseguimos que fosse dado continuidade... Trocava a enfermeira? Trocava. Mas as pessoas, independente, passavam o conteúdo, a importância, e davam continuidade para o trabalho [...] cada pessoa que saía do grupo passava pro seguinte. [...] porque o que eu acho importante é que não se perca. Porque se eu vou embora essa memória vai comigo (Maria Beatriz/Médica).

[...] dai então fomos perdendo a equipe aos poucos, então saiu a enfermeira, saiu a psicóloga, a assistente social trocou de hospital [...] (Osmar/Médico).

[...] as meninas às vezes saíam, mudava a equipe, então esse treinamento também era contínuo, era constante né. Conforme mudava a equipe, a gente ia treinando (Glória/Terapeuta Ocupacional).

No entanto, os profissionais corroboram ao afirmar que o processo de implantação do Método é diário, que exige constante educação permanente e sensibilização.

DISCUSSÃO

As transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e família a partir da disseminação do Método Canguru no Estado de SC ocorreram inicialmente de forma empírica, a partir de observações dos profissionais sobre a melhora da condição clínica do bebê. Atualmente, há diversas recomendações fundamentadas em evidências científicas robustas para a adoção do Cuidado Canguru em relação ao Cuidado Convencional.

Quando comparados os dois tipos de cuidados, os estudos indicam que o Cuidado Canguru apresentou vantagens relacionadas ao menor tempo e custo de internação destes

bebês; além de reduzir significativamente as taxas de mortalidade infantil (SARPARAST *et al.*, 2015; SEIDMAN *et al.*, 2015; VESEL *et al.*, 2015; WHO, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; CHAN *et al.*, 2016; CHI LUONG *et al.*, 2016; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; SOUZA *et al.*, 2018; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020;).

Bebês que são colocados precocemente em contato pele a pele com suas mães “despertam” para a amamentação e vão antes para o seio (SARPARAST *et al.*, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016; JAYARAMAN *et al.*, 2017; MANTELLI *et al.*, 2017; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019; GHOJAZADEH *et al.*, 2019; ZIRPOLI *et al.*, 2019; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). O MC tem atuado na melhoria das taxas de aleitamento materno no Estado de SC, conforme relatos dos participantes.

Todas estas evidências científicas possibilitaram ampliar o saber dos profissionais, garantindo segurança para implementar as recomendações do MC na prática. A ação de prescrever a Posição Canguru como uma obrigatoriedade da assistência, assim como oferecer a dieta, administrar determinado medicamento ou realizar um curativo, implica na garantia da efetivação deste cuidado. Esta formalização do cuidado sob a forma de prescrição não deixa de ser um ato de poder disciplinar, sob a resistência muitas vezes apresentada pela equipe (FOUCAULT, 2019). Há relações de poder entre aqueles que prescrevem o trabalho e aqueles que o executam, seja entre categorias profissionais ou dentro de uma mesma. Este modelo de organização é observado tanto em instituições públicas ou privadas (FILHO *et al.*, 2018).

A equipe de saúde foi percebendo a importância da inclusão dos pais nos cuidados. Processo este que inicialmente gerou uma série de desconfortos para os profissionais que se sentiam “vigiados”. Atualmente, os pais são encarados como parceiros fundamentais no cuidado ao bebê internado.

As mulheres anteriormente não conseguiam desempenhar seu papel de mãe devido à dominação da equipe sob o bebê. O MC facilitou o empoderamento materno, tornando-as mais confiantes para desempenhar os cuidados com o seu filho. Neste momento delicado é fundamental a sensibilidade da equipe para acolher a mãe e compreender suas potencialidades e limitações durante o processo de internação (HECK *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2018; TESTONI; AIRES, 2018; CHAGAS *et al.*, 2020).

As falas evidenciaram resistência da equipe em possibilitar que o pai também protagonize esses cuidados. Assim como a mãe, o pai deve ser visto como alguém vulnerável. Ele é o primeiro a ir à UN e levar as notícias do bebê para a sua companheira. Neste sentido, Carvalho e colaboradores (2019) destacam que os pais precisam ser acolhidos, pois a relação

interpessoal com a equipe de saúde influencia na sua participação nos cuidados. Neste estudo foi evidenciada a questão de gênero, no qual consideram a mãe como a principal cuidadora, e quem de fato deve aprender a cuidar do bebê. É cultural e histórico da enfermagem o cuidado feminino (LUCENA; PAVIANI, 2017). No entanto, é necessário promover o empoderamento paterno na UN, para que ele também aprenda a cuidar de seu filho (CARVALHO *et al.*, 2019).

O atual desafio das equipes de saúde é incluir de fato essas famílias, que conquistaram o seu direito de permanecer na UN, mas que não foram completamente incluídas na assistência. Na prática, quem cuida mais ainda é a equipe do que a família. Um estudo identificou que a Posição Canguru foi realizada menos vezes do que as oportunidades existentes, ou seja, vezes em que os pais estavam na unidade e poderiam estar realizando este cuidado (FARIAS *et al.*, 2017).

O hospital passa a ser considerado um espaço de produção de saber, repleto de relações verticais, dominadoras de poder (MAIA, 2019). Há nos serviços de saúde uma grande dominação da equipe sob o paciente, refém do cuidado (MARTA; TEIXEIRA; 2016). Assim também acontece nas UN, onde os pais observam seus filhos pequenos e com muitas demandas e não se sentem capazes de assumir os cuidados.

Assim, o sujeito que cuida e quem está sendo cuidado estão inseridos na trama das relações de poderes (LUCENA; PAVIANI, 2017). A relação de poder (profissional) devido seu saber (específico, técnico-científico) tornam os pacientes susceptíveis, sendo que quanto maior o grau de dependência maior a dominação e poder dos profissionais sob este sujeito (BAPTISTA *et al.*, 2017). As falas dos participantes sinalizam um empoderamento dos profissionais a partir do saber científico. Entretanto, este poder circula no momento em que estes profissionais apresentam resistências na aplicação destes preceitos de humanização do Método em seus serviços.

O que se espera ao se implementar os princípios do MC é justamente uma virada nesta relação - tornando a mãe, o pai e a família detentores de saberes e aos poucos assumindo o poder de conhecer e cuidar do seu filho. Este fato ilustra o conceito de Michel Foucault sobre o poder como algo que não pode ser possuído ou detido pelos indivíduos, como algo que circula, que transita, que emerge das resistências (BERQUIST; ST-PIERRE; HOLMES, 2018; FILHO *et al.*, 2018; AQUINO, 2019; FOUCAULT, 2019).

É fundamental realizar o cuidado individualizado, com foco ampliado na família durante o processo de internação. Desta forma, a equipe possibilita a completa inclusão da família, acolhendo suas dúvidas, anseios e expectativas (O'BRIEN *et al.*, 2018; FERREIRA

et al., 2019). O MC se mostra como uma tecnologia leve capaz de favorecer o vínculo familiar e empoderá-los para os cuidados (SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017; ZIRPOLI *et al.*, 2019; AIRES, *et al.*, 2020; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020).

Ficou destacada a importância da rede de apoio da família ampliada, ajudando no enfrentamento do processo de internação da criança e a organizar a dinâmica de “funcionamento” da família prematura. Sabe-se que a internação de um filho na UN repercute na família inteira, sendo necessária a organização de uma rede que auxilie na permanência dos pais no hospital (CARVALHO *et al.*, 2019).

Além da inserção da família na UN, outra transformação que teve destaque no Cuidado Neonatal foi, sem dúvidas, a preocupação relacionada à ambiência e neuroproteção do bebê. A caracterização do cenário de internação configura-se como um ambiente estressante para o bebê e sua família, no qual ruídos constantes de alarmes e luminosidade intensiva intimidam a participação dos pais no cuidado (FERREIRA *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Inicialmente, as equipes relataram não ter o conhecimento sobre a neurociência, a importância do ninho, da contenção céfalo-podal. Não se tinha a noção sobre as sequelas que o excesso de ruídos provocava, o excesso de manuseio e o não controle da dor. Atualmente, várias ações conjuntas estão sendo realizadas com o objetivo de reduzir estes danos, que podem acarretar riscos de sequelas para o desenvolvimento destas crianças. Os principais cuidados desenvolvimentais recomendados na literatura estão relacionados a proporcionar um ambiente com menos ruído e iluminação, reduzir o número de intervenções através de protocolos de manuseio mínimo e agrupamento de cuidados, atenção humanizada da dor e controle de fatores estressantes (ORSI *et al.*, 2015; SARPARAST *et al.*, 2015; BOUNDY *et al.*, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016; MANTELLI *et al.*, 2017; LOTTO; LINHARES, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019; SHATTNAWI; AL-ALI, 2019; ZIRPOLI *et al.*, 2019; FORDE *et al.*, 2020;).

Este olhar diferenciado para as questões ambientais da UN garantiram a neuroproteção do desenvolvimento cerebral destas crianças. Os profissionais de saúde, dotados do saber científico sobre estes cuidados desenvolvimentais, apresentam poder significativo em garantir a melhora da qualidade de vida destas crianças (CHARPAK *et al.*, 2017), atuando à luz das evidências científicas. Nesta perspectiva, segundo Foucault (2019), o saber não é neutro, ele é político, apresentando grande influência na vida destas famílias.

A unidade analítica “Vigiai e orai” traz que as ações do Método devem ser trabalhadas diariamente a partir da educação permanente, pois a tendência dos profissionais é cair na

rotina. A constante capacitação e pesquisa fortalecem as ações do MC, sobretudo para a enfermagem, sendo a educação permanente uma estratégia para qualificar os profissionais para o cuidado. A partir da conscientização os profissionais se sentem mais seguros para atuar no Método (ALMUTAIRI; LIDINGTON-HOE, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016; DENG *et al.*, 2018; PEIXOTO *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019; AIRES *et al.*, 2020).

A educação permanente não deve apenas preocupar-se em difundir o conhecimento ou sensibilizar a equipe, mas proporcionar espaços de construção coletiva, reflexões e diálogos para o desenvolvimento de responsabilidades, habilidades e estratégias, levando a mudança de práticas. Estas capacitações periódicas devem ocorrer tanto com os profissionais que atuam na ponta, quanto com as lideranças e gestão (GONTIJO *et al.*, 2012; PAIM; ILHA; STEIN BACKES, 2015; SILVA *et al.*, 2018).

Em um estudo que objetivou compreender as condições que influenciam a adesão e aplicação de boas práticas por enfermeiros no contexto do gerenciamento do cuidado de enfermagem no MC destacou a importância de um programa de educação permanente, no qual os enfermeiros e os profissionais da saúde em geral desempenham um papel de multiplicador de valores e práticas, que podem ou não ser construtivas, influenciando potencialmente na (des)continuidade do MC na UN (SILVA *et al.*, 2018).

A educação permanente não deixa de ser uma ação disciplinar que através do saber transmitido imprime poder em garantir a exequibilidade das práticas do MC (SILVA, 2019). Uma vez que não há saber neutro, que todo saber é político e apresenta em sua gênese nas relações de poder (MARTA; TEIXEIRA, 2016; LUCENA; PAVIANI, 2017; FILHO *et al.*, 2018; FOUCAULT, 2019), conclui-se que as lideranças, como da enfermagem, influenciam as relações de poder na formação do conhecimento e na produção da verdade (CARVALHO, 2017).

Foucault relata sobre como os saberes se tornam dispositivos políticos, que auxiliam os mecanismos de poder, no qual por trás de todo saber, todo conhecimento, está imersa uma luta de poder (FOUCAULT, 2019). Esta “biopolítica” é a maneira pela qual o poder tende a se transformar, na arte de governar (CHOQUE ALIAGA, 2019). Por isso, é também importante na consolidação e fortalecimento do Método que os profissionais se apropriem do saber baseado nas evidências científicas.

A alta rotatividade dos profissionais foi uma constante em todos os serviços, citada pelos mesmos como um desafio na consolidação do Método. Destaca-se a importância de garantir a transmissão das informações na medida em que a equipe se renova, com o objetivo de não deixar enfraquecer as ações do MC.

Ao analisar as transformações na prática de cuidado ao recém-nascido e família no Estado de SC, identifica-se que o MC se trata de uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal. Sua aplicabilidade, além de todos os benefícios já destacados, melhora o prognóstico e a qualidade de vida destas crianças (CHARPAK *et al.*, 2017), devendo sempre ser priorizado ao Cuidado Convencional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as transformações na prática do cuidado ao recém-nascido e família a partir da disseminação do MC no Estado de SC, observamos que esta mudança de paradigma ocorreu de forma processual. Inicialmente, fundamentada no empirismo das práticas profissionais e hoje evidenciada com uma infinidade de documentos científicos sólidos. Aos poucos a preocupação com a sobrevivência do RN foi ampliada para a preocupação com a qualidade de vida do bebê e sua família.

A inclusão dos pais nos cuidados também ocorreu de forma gradativa, sendo permeada por uma série de resistências e relações de poder-saber. A mãe, antes considerada visita do filho, agora assume seu protagonismo no cuidado. O pai ainda enfrenta resistências relacionadas a questões de gênero, porém, deve igualmente ser capacitado e estimulado a participar dos cuidados com o seu filho. Em relação à família ampliada, esta resume-se ainda no auxílio da dinâmica familiar, configurando importante rede de apoio. No entanto, é necessário que a família ampliada (avós, irmãos, pessoas significativas) seja igualmente incluída nos Cuidados Canguru. O cuidado individualizado com a participação da família segue sendo uma premissa do Método, mas ao mesmo tempo um dos principais desafios da equipe de saúde.

O aprofundamento dos conhecimentos técnicos e científicos possibilitaram que as profissionais despertassem para os cuidados relacionados à ambiência da UN e neuroproteção do recém-nascido. A partir disto, mudanças com relação à manipulação destas crianças foram adotadas de forma a realizar o manuseio mínimo, com cuidados agrupados, reduzindo o nível de ruídos na unidade e atentando para iluminação, além de uma abordagem humanizada à dor.

A alta rotatividade dos profissionais foi uma constante em todos os serviços, sejam esses públicos ou privados. Toda essa Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido, fundamentada em evidências científicas necessita, no entanto, de constante monitoramento e capacitação. Sendo assim, a educação permanente configura uma importante estratégia de

fortalecimento das ações do Método nas unidades. A partir deste saber específico, as equipes se apropriarão do poder de colocar em prática o MC em todo o Estado de SC.

REFERÊNCIAS

- ALMUTAIRI, W. M.; LUDINGTON-HOE, S. M. *Kangaroo Care Education Effects on Nurses' Knowledge and Skills Confidence*. *Journal of continuing education in nursing*, v. 47, n. 11, p. 518–524, 2016.
- AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. Método canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, 2020.
- ALVES, F. N.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MOURA, M. R. S.; FERREIRA, D. M. L. M.; ARAÚJO, C. G. A.; MENDES-RODRIGUES, C.; WOLKERS, P. C. B. Impacto do Método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil - uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, 2019.
- AQUINO, M. G. Noções de sujeito e poder em leituras foucaultianas e sua influência nos estudos de organizações e gestão de pessoas. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 17, n. 3, p. 448-459, 2019.
- ARAÚJO, B. B. M.; PACHECO, S. T. A.; RODRIGUES, B. M. R. D.; SILVA, L. F.; RODRIGUES, B. R. D.; ARANTES, P. C. C. Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 4, e2770017, 2018.
- BAPTISTA, M. K. S.; SANTOS, R. M.; DUARTE, S. J. H.; COMASSETTO, I.; TREZZA, M. C. S. F. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 4, e20170064, 2017.
- BERQUIST R., ST-PIERRE, I., HOLMES, D. *Uncaring nurses: mobilizing power, knowledge, difference, and resistance to explain workplace violence in academia*. *Research and Theory for Nursing Practice*, v. 32, n. 2, p. 199-215, 2018.
- BOUNDY, E. O.; DASTJERDI, R.; SPIEGELMAN, D.; FAWZI, W. W.; MISSMER, S. A.; LIEBERMAN, E.; KAJEEPETA, S.; WALL, S.; CHAN, G. J. *Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis*. *Pediatrics*, v. 137, n. 1, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde. **DATASUS**. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=42. Acesso em: 05 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, E.; MAFRA, P. P. O. C.; SCHULTZ, L. F.; SCHUMACHER, B.; AIRES, L. C. P. Inclusão e participação nos cuidados ao filho pré-termo na unidade neonatal: percepções paternas. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 9, n. 31, p. 1-19, 2019.

CARVALHO, G. P. **Discurso e poder em Foucault**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017.

CHAGAS, M. A.; ALMEIDA, N. M. S.; COSTA, M. M.; BASTOS, L. P. Percepção das mães acerca da vivência do Método canguru. **Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 10, n. 3, p. 424-435, 2017.

CHAN, G. J.; VALSANGKAR, B.; KAJEEPETA, S.; BOUNDY, E. O.; WALL, S. *What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature*. **Journal of Global Health**, v. 6, n. 1, 2016.

CHARPAK, N.; TESSIER, R.; RUIZ, J. G.; HERNANDEZ, J. T.; URIZA, F.; VILLEGAS, J.; NADEAU, L.; MERCIER, C.; MAHEU, F.; MARIN, J.; CORTES, D.; GALLEGOS, J. M.; MALDONADO, D. *Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care*. **Pediatrics**, v.139, n. 1, 2017.

CHI LUONG, K.; LONG NGUYEN, T.; HUYNH THI, D. H.; CARRARA, H. P.; BERGMAN, N. J. *Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial*. **Acta Paediatrica**, v. 105, n. 4, p. 381–390, 2016.

CHOQUE ALIAGA, O. D. *Foucault: biopolítica y discontinuidad*. **Praxis Filosófica**, n. 49, p. 191-218, 2019.

COLOMBIA. *Ministerio de la Protección Social y el Programa Mundial de Alimentos. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. CD002772, 2016.

DENG, Q.; ZHANG, Y.; LI, Q.; WANG, H.; XU, X. *Factors that have an impact on knowledge, attitude and practice related to kangaroo care: National survey study among neonatal nurses.* **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 4100–4111, 2018.

ENTRINGER, A. P.; GOMES, M. A. S. M.; PINTO, M.; CAETANO, R.; MAGLUTA, C.; LAMY, Z. C. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1205-1216, 2013.

FARIAS, S. R.; DIAS, F. S. B.; SILVA, J. B.; CELLERE, A. L. L. R.; BERALDO, L.; CARMONA, E. V. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FERREIRA, D. O.; SILVA, M. P. C.; GALON, T.; GOULART, B. F.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D. *Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses.* **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190100, 2019.

FILHO, S. A. M.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; PIRES, A. S.; VARELLA, T. C. M. M. L. Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e30716, 2018.

FORDE, D.; DEMING, D. D.; TAN, J. C.; PHILLIPS, R. M.; FRY-BOWERS, E. K.; BARGER, M. K.; BAHJRI, K.; ANGELES, D. M.; BOSKOVIC, D. S. *Oxidative Stress Biomarker Decreased in Preterm Neonates Treated With Kangaroo Mother Care.* **Biological Research for Nursing**, v. 22, n. 2, p. 188–196, 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; NAGATA, M.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método Canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 4, p. 518-528, 2016.

GHOJAZADEH, M.; HAJEBRAHIMI, S.; POURNAGHI-AZAR, F.; MOHSENI, M.; DERAKHSHANI, N.; AZAMI-AGHDASH, S. *Effect of Kangaroo Mother Care on Successful Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials.* **Reviews on Recent Clinical Trials**, v. 14, n. 1, p. 31–40, 2019.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

HECK, G. M. M.; LUCCA, H. C.; COSTA, R.; JUNGES, C. F.; SANTOS, S. F.; BORCK, M.. Compreensão do sentimento materno na vivência no Método Canguru. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 6, n. 1, p. 71-83, 2016.

HEINONEN, K.; ERIKSSON, J. G.; KAJANTIE, E.; PESONEN, A. K.; BARKER, D. J.; OSMOND, C.; RAIKKONEN, K. *Late-preterm birth and lifetime socioeconomic attainments: the Helsinki birth cohort study.* **Pediatrics**, v. 132, n. 4, p. 647-655, 2013.

JAYARAMAN, D.; MUKHOPADHYAY, K.; BHALLA, A. K.; DHALIWAL, L. K. *Randomized Controlled Trial on Effect of Intermittent Early Versus Late Kangaroo Mother Care on Human Milk Feeding in Low-Birth-Weight Neonates. Journal of Human Lactation*, v. 33, n. 3, p. 533–539, 2017.

LOTTO, C. R.; LINHARES, M. B. M. Contato "Pele a Pele" na Prevenção de Dor em Bebês Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura. *Trends in Psychology*, v. 26, n. 4, p. 1699-1713, 2018.

LUCENA, M. A. G.; PAVIANI, J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. *Sapere Aude*, v. 8, n. 16, p. 522-535, 2017.

MAIA, A. R. É tempo de re-iluminar o cuidado de enfermagem: Re-conectando Florence Nightingale ao seu legado. *HERE – História da Enfermagem Revista Eletrônica*, v. 10, n. 2, p. 1-3, 2019.

MANTELLI, G. V.; STRAPASSON, M. R.; PIEROTTO, A. A.; RENOSTO, J. M.; SILVA, J. F. Método Canguru: percepções da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 7, n. 1, p. 51-60, 2017.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. *Care Online*, v. 8, n. 3, p. 4749-4756, 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MONTEIRO, L.; GEREMIAS, F.; MARTINI, C.; VARGAS MAKUCH, D.; TONIN, L. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: protocolo baseado em evidências. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 89, n. 27, 2019.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018.

O'BRIEN, K.; ROBSON, K.; BRACHT, M.; CRUZ, M.; LUI, K.; ALVARO, R.; SILVA, O.; MONTERROSA, L.; NARVEY, M.; NG, E.; SORAISHAM, A.; YE, X. Y.; MIREA, L.; TARNOW-MORDI, W.; LEE, S. K.; FICARE STUDY GROUP AND FICARE PARENT ADVISORY BOARD. *Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. The Lancet. Child & Adolescent Health*, v. 2, n. 4, p. 245–254, 2018.

OLIVEIRA, N. D.; JOAQUIM, M. C. M.; MARANHÃO, A. G. K.; SCHUBERT, C. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. *In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.*

ORSI, K. C. S. C.; LLAGUNO, N. S.; AVELAR, A. F. M.; TSUNEMI, M. H.; PEDREIRA, M. L. G.; SATO, M. H.; PINHEIRO, E. M. Efeito da redução de estímulos sensoriais e

ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0550-0555, 2015.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; STEIN BACKES, D. *Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2001-2010, 2015.

PEIXOTO, T. C.; PASSOS, I. C. F.; BRITO, M. J. M. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 461-472, 2018.

ROCHA, A. M.; CHOW-CASTILLO, L. A. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Revista Científica Educandi & Civitas**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

SANTOS, A. C.; SANTOS, D. L.; AOYAMA, E. A.; FARIAS, F. C. Método Mãe Canguru em recém-nascidos prematuro. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 35-39, 2020.

SANTOS, P. F.; SILVA, J. B.; OLIVEIRA, A. S. Percepção da enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 6, n. 6, p. 69-79, 2017.

SARPARAST, L.; FARHADI, R.; SARPARAST, M.; SHAFAI, S. *The effect of kangaroo mother care on neonatal outcomes in Iranian hospitals: a review*. **Journal of Pediatrics Review**, v. 3, 2015.

SEIDMAN, G.; UNNIKISHNAN, S.; KENNY, E.; MYSLINSKI, S.; CAIRN-SMITH, S.; MULLIGAN, B.; ENGMANN, C. *Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review*. **PloS One**, v. 10, n. 5, e0125643, 2015.

SHATTNAWI, K. K.; AL-ALI, N. *The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 46, e24–e28, 2019.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SILVA, T. P.; SILVA, I. R.; MOURÃO, P. P.; GOMES, T. M. *Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, sup. 6, p. 2783-2791, 2018.

SILVA, L. T. Inflexão na abordagem genealógica da modernidade em Michel Foucault: do arcaísmo disciplinar à sociedade de segurança. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 30, p. 275-314, 2019.

SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 29 abr 2018.

SOUZA, A. K. C. M.; TAVARES, A. C. M.; CARVALHO, D. G. L.; ARAÚJO, V. C. Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 53-60, 2018.

TESTONI, T. T.; AIRES, L. C. P. O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. **REFACS**, v. 6, sup. 2, p. 611-619, 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VESEL, L.; BERGH, A. M.; KERBER, K. J.; VALSANGKAR, B.; MAZIA, G.; MOXON, S. G.; BLENCOWE, H.; DARMSTADT, G. L.; DE GRAFT JOHNSON, J.; DICKSON, K. E.; RUIZ PELÁEZ, J.; VON XYLANDER, S.; LAWN, J. E.; KMC RESEARCH ACCELERATION GROUP. *Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions*. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, sup. 2, p. 5, 2015.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.

WHO. *World Health Organization. Preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 06 jun 2020.

WHO. *World Health Organization. Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/?sequence=1>. Acesso em: 6 nov 2018.

ZIRPOLI, D. B.; MENDES, R. B.; BARREIRO, M. S. C.; REIS, T. S.; MENEZES, A. F. *Benefits of the kangaroo method: an integrative literature review*. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 547-554, 2019.

5.3 MANUSCRITO 3: RELAÇÕES DE PODER E SABER ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO, DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações de poder e saber entre a equipe de saúde que permeiam a implantação, disseminação e fortalecimento do Método Canguru. **Método:** Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa realizada no Estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a novembro de 2019 a partir de entrevistas com 12 profissionais de saúde e fontes documentais. Os dados foram analisados à luz da proposta genealógica de Foucault, com auxílio do *software Atlas.ti Cloud®*. **Resultados:** As relações interpessoais fortaleceram as ações do Método no Estado a partir da articulação dos serviços. A atuação da equipe multiprofissional é de fundamental importância no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método, no entanto a “enfermeira Canguru” destaca-se como peça fundamental para a efetivação do mesmo nos serviços de saúde. O contexto histórico das organizações hospitalares e serviços de saúde favoreceram a efetivação do “discurso médico hegemônico”, que em diferentes momentos ainda reprime as demais categorias profissionais. **Considerações**

finais: As relações de poder e saber entre a equipe de saúde permearam a implantação, disseminação e fortalecimento do Método Canguru no Estado.

Descritores: Método Canguru. Recém-nascido prematuro. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

A concretização do Método Canguru (MC) enquanto Política Pública de saúde ocorreu a partir do lançamento da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC (NAHRNBP – MC) por meio da portaria nº 693/GM (BRASIL, 2000a; 2017). Vivencia-se desde então uma mudança de paradigma no modelo de assistência perinatal, em um Método que na realidade brasileira é realizado em três etapas que propõem ações integradas, como cuidados referentes à humanização com a inclusão dos pais durante o processo de internação, atenção ao desenvolvimento neurocomportamental do bebê e ambiência das unidades (BRASIL, 2017).

As evidências indicam que o MC é uma tecnologia leve segura que deve ser priorizada no cuidado ao Recém-Nascido Pré-termo de Baixo Peso em comparação aos Cuidados Neonatais Convencionais, uma vez que reduz significativamente o risco de mortalidade, aumenta o ganho de peso e as taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016).

O MC é um modelo de cuidado que contraria o até então modelo tecnocrata e curativo de cuidado. Por estar principalmente relacionado à redução de custos de internação sofreu uma série de críticas desde a sua implantação, principalmente por parte dos países desenvolvidos, que consideravam uma alternativa para países de terceiro mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A transformação da concepção desse modelo de cuidado biomédico foi processual e lenta, sendo ainda encontradas barreiras para a implementação de tecnologias leves às tecnologias duras (GONTIJO *et al.*, 2012; FARIAS *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018). Cabe destacar que em muitos países o MC é caracterizado apenas pelo contato pele a pele (Posição Canguru), diferente do Brasil.

A trajetória do MC no Brasil inicia em 1991 no Hospital Estadual Guilherme Álvaro (SP) e, em seguida, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) no ano de 1994. Em janeiro de 1999 o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, no qual participaram diversos hospitais que já realizavam a prática, juntamente com representantes da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS).

Ao ser lançada a NAHRNBP-MC em 2000, foi necessária ampla divulgação e implementação, sendo pensadas em estratégias para a disseminação do Método de modo a contemplar os diferentes cenários culturais, sociais e econômicos do país. Foi organizado um grupo de trabalho para a elaboração de material científico sobre a metodologia e definidos os Centros de Referência Nacional (CRN), de forma que atendessem todas as regiões do país. Santa Catarina (SC) apresentou representatividade neste cenário ao ser escolhido o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em Florianópolis, como um dos CRN (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No ano de 2008 o MS brasileiro lançou o “Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru”, com o objetivo de desenvolver ações para a implantação do Método em todo o território nacional, descentralizando as ações de gestão entre o MS, Estados e Municípios. A partir deste período é adotada a estratégia de capacitação dos profissionais de saúde, formando tutores para o fortalecimento do Método (LAMY *et al.*, 2015; BRASIL, 2017).

Com vistas à descentralização, o MS solicitou que cada Secretaria Estadual de Saúde indicasse um serviço para ser Centro de Referência Estadual (CRE) para o Método, sendo de gestão estadual, municipal e hospitais de ensino. Assim, foram selecionadas 27 maternidades, distribuídas de tal sorte que contemplasse cada uma das Unidades Federativas e o Distrito Federal, sendo o Estado de SC representado pela Maternidade Darcy Vargas (MDV), em Joinville (COSTA *et al.*, 2015; LAMY *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2017).

Para instrumentalizar os futuros tutores estaduais do Método, foi elaborado o “Curso de Formação de Tutores Estaduais para o Método Canguru”. Esta formação foi fundamentada em metodologias ativas, a partir da problematização da metodologia PBL (*Problem-based Learning*), na qual a partir de situações/problemas reais busca-se o conhecimento para determinadas situações (LAMY *et al.*, 2015; BRASIL; 2017).

Embora todo o esforço e trabalho do MS e dos profissionais dos Centros de Referência para a disseminação e divulgação do MC, ainda são poucas as Unidades Neonatais (UN) que conseguiram implementar as três etapas conforme proposta do Método. Considerando os cenários de resistência observados na prática para a implantação do Método no Estado de SC, o objetivo deste estudo é **Analisar as relações de poder e saber entre a equipe de saúde que permeiam a implantação, disseminação e fortalecimento do Método Canguru.**

MÉTODO

Estudo qualitativo realizado no Estado de SC, no período de janeiro a novembro de 2019, a partir dos preceitos metodológicos da pesquisa sócio histórica, fundamentada nos aspectos teóricos-filosóficos de Michel Foucault. Para o delineamento deste estudo foi utilizado o *checklist* COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). A presente investigação é constituída por fontes orais e documentais, que foram localizadas a partir da coordenadora do CRN do HU/UFSC, considerada a entrevista zero deste estudo e que indicou os próximos participantes por meio da técnica de *snow ball* - bola de neve (VINUTO, 2014).

Os critérios de inclusão adotados foram: ser consultor/tutor/gestor de saúde da equipe multiprofissional de saúde (enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogo), que tenham participado da transformação do cenário do cuidado a partir da proposta do MC, considerando o recorte 1996 a 2019. Como critério de exclusão: profissionais que tenham atuado por menos de três anos no Método, considerando que este seria um curto período para a análise. O fim da coleta de dados ocorreu a partir da saturação dos mesmos (MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Como instrumento de coleta de dados das fontes orais foram utilizadas as entrevistas, norteadas por um roteiro-guia que passou pela avaliação de três pesquisadoras *experts* da área, que sugeriram adaptações fundamentadas no referencial foucaultiano.

O agendamento das entrevistas foi realizado via telefone, *WhatsApp*® ou e-mail, sendo o local para a realização das mesmas de escolha dos participantes, como locais de trabalho (hospitais, maternidades e secretarias de saúde), sala de grupo de pesquisa, e até mesmo a residência da pesquisadora principal, atentando para cuidados como ambiência e privacidade do local escolhido.

As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram áudio-gravadas em equipamento digital e transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e mais três acadêmicas de enfermagem que tinham treinamento para esta função, respeitando os critérios quanto à fidelidade da transcrição e transcrição (lapidação dos depoimentos orais para a forma escrita, evitando vícios de linguagem e garantindo a clareza da informação) (PADILHA *et al.*, 2017). Todas as transcrições foram checadas pela pesquisadora principal.

Após transcritas, as entrevistas foram encaminhadas aos participantes via e-mail para que fossem validadas e autorizadas formalmente para o uso no estudo, a partir da assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral. Neste instrumento, o participante

era livre para pontuar se autorizava o uso do conteúdo na íntegra ou com restrições. Considerando o contexto da pesquisa histórica, os personagens deste estudo são identificados por seu primeiro nome e profissão, o que foi formalmente autorizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como fontes documentais deste estudo, foram obtidos 84 arquivos: registros em documentos oficiais (manuais, relatórios, portarias, resoluções, normativas, leis, artigos de jornais e revistas, entre outros), fotos, imagens oficiais ou dos arquivos pessoais dos participantes do estudo (cujo uso foi autorizado formalmente mediante a assinatura da Carta de Cessão de Direitos Sobre o Depoimento Oral e digitalizados no momento da entrevista pelo aplicativo de celular *CamScanner APP*®). Foi utilizado o diário de campo para registrar as particularidades de cada entrevista, percepções da pesquisadora principal, *insights*, e também relatos do primeiro encontro de tutores do Estado de SC, que ocorreu em novembro de 2019.

A análise dos dados foi realizada à luz da análise genealógica proposta por Foucault. Poder-se-ia dizer que a genealogia seria o estudo das formas de poder (FOUCAULT, 2019). Após a transcrição e validação das entrevistas, o material foi organizado na versão disponível *online* de forma gratuita do *software Atlas.ti Cloud*® (<https://cloud.atlasti.com/>). Foi realizada inicialmente a leitura flutuante e o início da identificação dos códigos e significados presentes nos discursos dos participantes. Em seguida teve início a etapa de exploração do material, destacando em cada entrevista os *codes* (códigos), ou seja, os 26 agrupamentos temáticos que resultaram deste processo de codificação. A leitura e releitura de cada *code* gerado possibilitou um panorama do material como um todo, e por seguro a seleção dos discursos significativos à luz do referencial foucaultiano. Este *corpus* dos dados favoreceu as formações dos agrupamentos temáticos provisórios, que por seguinte originaram as unidades analíticas desta investigação.

O estudo seguiu a normatização das atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, obedecendo a resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Também, foi submetido à Plataforma Brasil, obtendo a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 18/12/2018 pelo número do parecer consubstanciado 03518418.5.0000.0121 (BRASIL, 2013; 2016).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde, sendo estes: cinco enfermeiras, quatro médicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social, que participaram do processo de implantação e disseminação do MC no Estado de SC. Estes profissionais representavam seis instituições de saúde do Estado de SC, de quatro municípios.

A partir da análise e interpretação dos dados sob a ótica de Michel Foucault, foram elencadas as seguintes quatro unidades analíticas: 1) As relações fortalecem o Método Canguru; 2) Todo mundo é responsável pela humanização: a equipe multiprofissional; 3) A enfermeira Canguru; e, 4) O discurso médico hegemônico.

1) As relações fortalecem o Método Canguru

As relações interpessoais foram apontadas como algo positivo, que favoreceram a implantação do Método a partir da ampliação dos contatos interinstitucionais. Um marco importante trazido por muitos participantes do estudo para o fortalecimento do MC no país e, conseqüentemente no Estado de SC, foi a realização da Primeira Conferência Nacional do “Mãe-Canguru” (como anteriormente era chamado o Método).

Então esse foi o evento que deflagrou em março de 99 vários contatos, com o BNDES, com a Dra. Geisi, com Hector Martinez. E a Dra. Geisi, que é neonatologista, eu fiquei encantada e a convidei para vir em abril dar uma palestra aqui no HU apresentar a experiência do IMIP. [...] nesse ínterim até dezembro de 99, eu já estava fazendo as articulações com a gestão aqui, com a Reitoria [...] que apoiaram o BNDES para fazer a reforma física (Zaira/Psicóloga).

[...] a gente tem que estar junto, como área técnica do Estado a gente tem que estar junto com eles. Então a gente vai lá, abre o curso, organiza também e apóia em Coffee Break, material... (Halie/Médico)

Visitas técnicas foram realizadas intensamente durante o período de implantação do MC, tanto por parte do MS quanto dos Centros de Referência, e estreitavam os laços entre os profissionais, além de propor soluções na prática.

Por isso que eu te digo, quando você está dentro do Método, quando você vive, você acha soluções possíveis. Que você vê que se tirar uma porta, que se você tirar uma janela [...] não é a distância que vai te impedir de fazer o Método. A própria Darcy Vargas teve isso, de estimular o lugarzinho da segunda etapa. Curitiba também, Roberta Costa foi comigo. A gente na

primeira olhada assim: “Gente, é só vocês tirarem essa aqui, ampliem, botar a passagem pra cá, tá aqui a segunda etapa”. Então essas coisas fortaleceram muito a equipe de tutores e de consultores pra levar a sementinha aí pro resto do Brasil (Márcia/Enfermeira).

[...] de vez em quando recebíamos visitas e elas sempre insistiam que a gente tinha material humano e espaço físico para abrir a Unidade Canguru, que na época não era a UCINCa, mas a gente assim ficava muito inseguro [...] Então eu lembro que quando essas médicas e enfermeiras de outras unidades falavam “gente nosso hospital é menor, nós trabalhamos com menos funcionários que vocês, e a gente faz a segunda etapa”. E de tanto elas baterem nessa tecla, baterem nessa tecla, a gente pensou “não, agora a gente tem que ir” (Glória/Terapeuta Ocupacional).

[...] em novembro de 2000 o Ministério entrou em contato com a maternidade para levar uma equipe multiprofissional para treinamento no HU de Florianópolis, e eram 5 vagas [...] Quando foi em outubro de 2001, nós conseguimos que o doutor Ricardo Nunes Moreira da Silva, que era consultor do Ministério, viesse pra dar treinamento [...] ele veio com diária do Ministério, então ele fez a apresentação do Método, do passo a passo, a coisa do toque, da diminuição de ruídos, a importância do desenvolvimento cerebral [...] (Maria Beatriz/Médica).

Então como meta para esse ano, seria estreitar esses laços entre as unidades. Porque às vezes assim “ah eu não tenho como começar a Unidade Canguru porque eu não tenho espaço adequado”. Nosso espaço também não é o melhor, mas a gente começa, “a minha gestão não acredita que dispensar um quarto de alojamento para entregar para uma coisa que talvez nem de certo...”, olha a gente também, mas diz que em outros hospitais funciona. Entendeu. [...] nós levamos um pouquinho do que a gente faz aqui e a gente pega um pouquinho do que eles fazem lá, e aí a gente mescla e eu acho que aí fica um novo modelo assim (Fernanda/Enfermeira).

Há algum tempo tem se pensado em criar estratégias de comunicação entre os tutores para somar esforços em prol do Método. Algo que tem funcionado são os grupos de *WhatsApp*®.

[...] eu acho que o principal seria fazer esse contato com as outras unidades do Estado e fazer eles acreditarem que o Método realmente funciona, realmente é importante e estar disponível para qualquer dúvida, estar disponível para fazer esse acesso entre todo mundo, sabe? Eu acho que o que acontece entre a gente é que a gente se fala muito pouco. Então assim, agora com o *WhatsApp*® eu acho que facilita muito (Fernanda/Enfermeira).

Um evento histórico neste processo com o objetivo de estreitar as relações entre as equipes no Estado de SC foi o “I Encontro dos Tutores do MC”, realizado no dia 20 de novembro de 2019.

Participaram representantes de diversos serviços, da área hospitalar e da atenção primária de diversas regiões do Estado. Os relatos dos participantes mencionam que o Estado de SC ainda apresenta uma grande dificuldade em implementar as três etapas do Método de forma homogênea. O grupo decidiu manter a realização de um encontro anual de tutores, facilitando o monitoramento. Foi criado um grupo de *WhatsApp*® com representantes

regionais do Método, escolhidos durante o encontro. O objetivo é futuramente criar uma comissão institucional do MC, rede Estadual do MC e rede local, estabelecida por portaria do Estado (extratos do diário de campo).

2) Todo mundo é responsável pela humanização: a equipe multiprofissional

Para que funcionassem as ações do MC nas instituições, foi fundamental a atuação da equipe multiprofissional, apresentando destaque para a enfermeira (que será discutido na categoria a seguir denominada “A enfermeira Canguru”). Porém, a enfermagem sozinha não consegue garantir a efetivação do Canguru na unidade. Todos os profissionais precisam estar envolvidos e atuantes, incentivando o toque, os cuidados com ambiência, entre outras coisas.

[...] sem a equipe multidisciplinar, sem o empenho da enfermagem, da psicóloga, da fisioterapeuta a gente não consegue motivar o restante da equipe a manter o Método. Se alguém fala algo negativo durante uma internação você pode perder todo o tempo de trabalho ali (Osmar/Médico).

Mas a fisio e eu quando a gente via que a equipe não tinha tempo, estavam ocupadas e a mãe estava ali sem fazer nada, só esperando a hora de dar o peito, a gente ia lá pegava o bebê e colocava na posição. [...] nós estávamos lá dentro direto, para fazer os ninhos, para cobrir as incubadoras, dar assistência para os pais, porque a enfermagem não dava conta [...] (Glória/Terapeuta Ocupacional).

Muitas vezes as pessoas começam a trabalhar em UN e não tem experiência ou especialização para isso. O papel da equipe é fundamental no treinamento e suporte deste novo funcionário.

[...] e daí a gente vê a importância da equipe na nossa profissão, porque as meninas eram todas antigas de casa, tinham uns seis, sete anos ali dentro da UTI Neonatal [...] elas me ajudaram muito, no meu primeiro dia de UTI que eu fiquei sozinha num plantão de 12 horas, toda hora tinha alguém no meu ouvido soprando o que eu tinha que fazer, como é que era determinada situação, o que eu podia e o que eu não podia fazer, o que era certo e o que não era certo (Fernanda/Enfermeira).

A gente estava aprendendo a lidar com bebê. Eu mesma nunca tinha trabalhado em Unidade Neonatal. Então tudo que vinha de novidade a gente queria se aperfeiçoar [...] estávamos no auge da juventude, muito empolgados [...] Eu gostava muito de trabalhar esta questão da interdisciplinaridade e foi uma oportunidade da gente estar trabalhando junto. E como era uma UTI, era um local fechado, nos dávamos super bem. Foi muito bacana. E o resultado do trabalho foi muito favorável (Sônia/Enfermeira).

As ações de humanização dependem de toda equipe “todo mundo é responsável pela humanização”, inclusive para monitorar e vigiar seus colegas. Os pontos positivos de cada profissional também eram exaltados, com o objetivo de reforçar as ações do Método.

Dando *feedbacks*, por exemplo, quando a gente via um ninho bem arrumadinho “nossa, eu vou fotografar. Quem fez esse ninho?” Ah foi a fulana “puxa parabéns! Eu posso bater uma foto? Eu vou usar essa foto para dar as minhas aulas do curso” entendeu? Eles competiam para ver quem fazia o ninho melhor. [...] desde a psicóloga, desde a fono, hoje assim se eu vou na Unidade Neonatal e vejo que o bebê está desorganizado ou que o ninho está muito mal feito eu vou cuidadosamente tentar refazer, eu já tenho habilidade para isso, eu me dou esse direito, ou se eu não posso fazer por alguma função naquele momento eu peço para a colega “vem cá dar uma olhadinha, esse bebê não está muito organizado. Vamos tentar fazer um ninho mais bonitinho? Vamos tentar manter a parte céfalo-caudal...” se está uma zueira “vamos falar mais baixo, shiiii” [...] tem um slogan da Roberta de quando ela era chefe ali na Neo [...] ela dizia assim: “não gente, todo mundo aqui é responsável pela humanização. Não é só a enfermeira ou a enfermagem que são responsáveis. Todo mundo é responsável pela humanização” (Zaira/Psicóloga).

O trabalho em equipe favoreceu para que os serviços atuassem com o objetivo final de proporcionar o bem-estar do bebê e sua família, aprendendo a gerenciar conflitos e divergências de opinião.

[...] existem conflitos muitas vezes de opinião, existem sim. Esses conflitos, sendo discutidos, de alguma forma eles são saudáveis. Desde que o foco “não é a minha verdade, a sua verdade ou a verdade do outro”, o foco é o paciente. Então assim, quando a equipe tem essa maturidade, eu vejo assim maturidade profissional mesmo, a minha segurança enquanto profissional, eu consigo conduzir e quem ganha é o nosso pequeno paciente e a família. Eu tenho que tirar das minhas verdades. E isso é uma questão bem difícil de alguns membros da equipe ter essa compreensão, que nós não estamos medindo forças de quem tem razão e de quem não tem. A razão é o que é melhor para o paciente. [...] Nem sempre a minha opinião prevalece, nem sempre a do colega prevalece. E eu acho isso extremamente rico. Pois eu tenho um olhar, o colega tem outro (Zaira/Assistente Social).

Eu acho que a equipe é unida, é bem divergente de opiniões, mas sempre luta pelo ideal. Eu acho que essa seja a maior estratégia de sucesso nossa. [...] a equipe multi ali dentro sempre foi muito ativa e sempre que tem algo para discutir com alguma família, acaba que todos os profissionais escutam o lado de cada profissão, nunca isso foi um problema. É claro que em alguns momentos algumas profissões prevalecem, prevalece às vezes a experiência do profissional e tudo mais [...] (Fernanda/Enfermeira).

3) A enfermeira Canguru

O papel da enfermeira foi fortemente destacado pelos participantes como significativo e diferencial para a exequibilidade das ações do Método. Este perfil de enfermeira atuante agrupava determinadas características que denominamos como “A enfermeira Canguru”.

Ela (Enfermeira Janaina) era a Enfermeira Canguru. Ela me ajudou a fazer as oficinas de sensibilização interna, as vivências pessoais, aí ela bancava. Ela conseguiu também ser a “chata 2”. Eu era a “chata 1” e ela era a “chata 2” (Zaira/Psicóloga).

[...] a Cintia (Enfermeira) era uma pessoa extremamente detalhista, nas coisas mínimas, que para mim estava tudo bem, bonitinho, normal, ela mostrava para a gente que naqueles pequenos detalhes é que estava toda a diferença. Então a Cintia cativava, essa meiguice dela em mostrar o resultado (Zaira/Assistente Social).

As enfermeiras Canguru tiveram que ir além das competências gerenciais que são exigidas geralmente das enfermeiras, de escalas e equipamentos. A enfermeira Canguru também cuida da equipe. A equipe multiprofissional por sua vez destaca a importância da enfermeira Canguru para a efetivação do Método na instituição.

[...] a minha inserção no projeto foi pela empatia mesmo da equipe e pelo meu jeito de lidar com as crianças. Eu tinha um diferencial. É verdade [...] E no caso ali eu era a enfermeira que mais me envolvia. Eu tinha uma prática mais humanizada, não diferente das outras, mas eu era mais atenta nessa coisa de humanização. Na época eu fazia sapatinhos para todos os bebês que nasciam, eu trabalhava muito a questão do vínculo pai e mãe. Porque eu tinha aquele entendimento de que a gente tinha que fazer algo para os bebês para que eles sobrevivessem para além da UTI [...] Tinha muitos pais que queriam descansar, que queriam ir embora dormir, e eles iam dormir no meu plantão. Eles deixavam o bebê com a gente “ah hoje é da enfermeira legal...” [...] Eu cuidava. E eu cuidava da equipe também. [...] O vínculo que a gente fez para a mãe e para o bebê também foi forte para a gente sabe (sorri emocionada) (Sônia/Enfermeira).

[...] na parte dos cuidados foi aonde eu me inseri mesmo, que faz uns dois ou três anos que eu tomei a frente do Canguru. Eu vi que a enfermeira precisava tomar a frente. Que se eu não tomasse a frente, não ia acontecer, não ia sair. E foi onde eu abracei a causa e o Dr. Osmar foi uma pessoa que me ajudou muito nesse quesito. [...] por isso eu te digo, o Método Canguru é da enfermeira. Se a enfermeira não abraça a causa, Luana, não tem como ser efetivo. Não funciona. Não adianta tu esperar que os outros vão fazer, porque eles não vão fazer. Você que tem que ir atrás. É serviço de formiguinha (risos). [...] Em todo lugar eu acho que é assim. Se não colocam enfermeira junto, não funciona [...] o que me motivou a abraçar essa causa, foi ver que dependia muito da gente [...] (Camila/Enfermeira).

[...] quando eu vou na UTI eu pergunto: “não dá de colocar esse neném em Canguru?”. Eu pergunto para os pais também. Às vezes as mães vêm aqui (no Banco de Leite Humano) e eu pergunto: “já fez Canguru?” “Não? Então quando chegar lá (na NEO) pergunta se teu bebê pode ser colocado em Canguru, pede pra fazer” (Glória/Enfermeira)

[...] nós fizemos depois um trabalho de pré e pós intervenção, avaliação das práticas de humanização na Unidade Neonatal. Foram avaliados os neonatos de 2000 g, internados em dois períodos distintos, imediatamente anterior e posterior a contratação da enfermeira. A gente viu que aumentou de 49% para 70% a utilização do Canguru, e isso foi significativo. Mostrando que a enfermeira é fundamental, alguém que esteja lá no dia a dia e estimulando as funcionárias, e cobrando das funcionárias, e justificando e treinando. [...] o que a gente sempre trabalhou foi mostrando que a atuação da enfermeira ela é fundamental na Neo (Maria Beatriz/Médica).

4) O discurso médico hegemônico

Alguns depoimentos ainda apontam para a hegemonia médica nas relações, atrelada também a concepção do foco na sobrevivência do recém-nascido. Como por exemplo, em relação à liberação para a Posição Canguru estar condicionada à autorização/prescrição do pediatra/neonatologista. Hoje, com o trabalho em equipe bem consolidado, a equipe multiprofissional tem mais autonomia nas ações do Método. Ampliar a autonomia para os demais profissionais colocarem o bebê em Posição Canguru também oportunizou que essa ação fosse feita mais vezes.

[...] em 2008 eu apresentei em Viena sobre amamentação e o Canguru e foi muito interessante, que eu falei da história do neonatologista, a crítica de que dependia do médico ver se podia ou não (colocar o bebê em Canguru). Porque às vezes em uma unidade a enfermeira pode perceber que o bebê já tem condição de ser colocado na posição. [...] é uma coisa que hoje já não se tem tanta essa preocupação, mas na época ficava vinculado ao neonatologista. [...] eu aprendi muito, e vejo e falo muito isso na universidade, que o médico ele acha que é o dono da verdade, que ele não respeita às vezes o que os outros profissionais falam, e eu tive uma experiência muito boa de trabalhar em equipe multiprofissional [...] a gente sabia trabalhar em equipe, valorizando o saber de cada profissional, de cada área [...] (Maria Beatriz/Médica).

Só que a gente tem muita resistência de um médico aqui na nossa UTI. [...] da resistência dele barrar feio a gente [...] As enfermeiras elas ficam um pouco assustadas, porque como ele é coordenador, elas têm medo. Elas têm medo de colocar em Canguru [...] Porque a gente não é concursado aqui. Acho que se a gente fosse, teríamos muito mais autonomia em fazer essa questão do Canguru de forma mais efetiva, com relação a esse médico específico [...] Não, ele não quer. Não quer! (participar dos cursos e sensibilizações do Método) [...] Ele diz que é “besteira” [...] Tem que pedir para ver se pode colocar (o bebê em Posição Canguru). Mesmo se às vezes o bebê está em ar ambiente, tem que ficar pedindo. E é chato, porque tira um pouco da tua autonomia do cuidado da enfermeira [...] O enfermeiro sabe até

onde que ele pode ir. [...] Os entubados a gente tem briga com ele. Tem uma médica neo nossa [...] ela fala para nós: “Eu vou colocar, mas se vocês falarem...” Porque ela acaba levando também, ele também é o coordenador dela. Ela fala: “Vamos colocar, mas mãe, você não pode falar”... A gente fecha a cortina, coloca e reza [...] Que dê tudo certinho. Não passar mal, nada. E as meninas não contam [...] (Camila/Enfermeira).

[...] relatou que a postura médica era de resistência “só vai acontecer o pele a pele se a gente autorizar”, e que não existia o interesse desta classe profissional para fazê-lo. Esta situação só tomou outro desenho quando os médicos começaram a participar dos primeiros treinamentos para o MC (extratos do diário de campo após uma das entrevistas).

É interessante que refletir que, embora inicialmente condicionado ao profissional médico para a realização da Posição Canguru, no que diz respeito ao envolvimento nas ações de tutoria para a disseminação do Método no Estado, estes profissionais ficaram mais omissos.

Da medicina nunca deu problema, não eram tão atuantes, mas também não criavam obstáculos. [...] Sempre apoiaram, mas não se juntaram tanto à causa. Eles não impediam, mas não lutavam tanto junto para a coisa acontecer (Zaira/Psicóloga).

[...] porque para os outros médicos tanto faz como tanto fez (Glorinha/Terapeuta Ocupacional).

Acho que as pessoas que dá para dizer que vestiram a roupa de guerreiros são poucos, são bem poucos. Eram sempre os mesmos a discutir, a tentar fazer as coisas, a buscar, e os outros vão ali remando. [...] os médicos a grande maioria também fugiam da representatividade de se envolver com algo a mais. Aquela velha história, vou ali pra cumprir meu horário, mas não querem essas coisas de coordenação, de ter que fazer treinamentos. Então sempre vejo assim. A Dr. Anelise aos poucos, a Dr. Mônica, baiana que se envolveu também. Porque os outros não que não acreditassem, mas não queriam esse tipo de função (Márcia/Enfermeira).

Outra questão que apareceu nos depoimentos foi relacionada à formação do curso de Canguru por PBL, no qual se destaca a fragmentação do saber.

Eu não sei, eu particularmente acho que o PBL não cabe nesse tipo de curso, que tem múltiplas profissões ali, pessoas completamente diferentes em sua formação. Então na hora de você discutir um problema, não sei como está hoje, se é assim ainda, mas no primeiro que eu fui, eu já não gostei daquele. Porque quando você senta para discutir um problema, a dúvida que uma psicóloga tem é completamente diferente da dúvida que o pediatra tem, que é diferente da enfermeira e da assistente social. Porque tem coisas na parte clínica que o pediatra não tem dúvidas, tem dúvidas na parte psicológica e assim o inverso. Então eu acho que não caberia PBL naquilo lá, pra mim então foi pior, mas isso é uma opinião minha [...] (Anelise/Médica).

DISCUSSÃO

Identificamos que as diversas formas de relações interpessoais que se instituíram durante as capacitações e treinamentos fortaleceram as ações de implantação e disseminação do MC no Estado. Isto permitiu a articulação dos serviços com personagens importantes, como consultores do MS. As visitas técnicas propõem soluções na prática e destacam a importância da Federação e do Estado para capacitar, avaliar e apoiar os serviços de saúde para o Método. A troca de experiências entre os serviços de saúde do Estado se mostraram estratégicas para fortalecer o Método. Estudo realizado no Rio de Janeiro também aponta influência positiva da interação entre os profissionais para a adesão de boas práticas de humanização na UN (SILVA *et al.*, 2018).

As relações permeiam o poder. Para Foucault (2019), o poder é tido como algo que circula, que não pode ser possuído, sendo que nas relações nada está isento do poder. Este poder transita nas lutas e resistências. Portanto, não é algo apenas negativo, que reprime, pois, o poder também gera o saber e produz o discurso (AQUINO, 2019; FOUCAULT, 2019).

O uso de recursos tecnológicos como o aplicativo de *WhatsApp*® tem sido citado como ferramenta interessante no auxílio deste processo de comunicação. Aos passos de completar 20 anos de Política Pública no Estado, foi a primeira vez em que se organizou um Encontro Estadual de Tutores do Método. Este evento reforçou a importância de estreitar esses laços, favorecendo o monitoramento das ações do Método de forma local e regional, o que na atualidade limita-se aos Centros de Referência.

Estudos identificaram que o aplicativo de *WhatsApp*® e seus grupos configuram-se como uma ferramenta de aprendizagem em saúde, sendo um ambiente eficaz de comunicação e apoio entre discentes, docentes e colegas especialistas (PAULINO *et al.*, 2018; WOODS; MOORHOUSE; KNIGHT, 2019). Também, foi apontado como um recurso positivo na comunicação com os familiares das crianças, evitando o absenteísmo nas consultas de pediatria (BUENO *et al.*, 2020). Isto mostra que seu uso pode ser ampliado para estratégias de acompanhamento da família, como por exemplo na terceira etapa do MC.

A unidade analítica “todo mundo é responsável pela humanização” traz a importância da equipe multiprofissional no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método nos serviços de saúde. Essa responsabilidade compartilhada na assistência favorece a autonomia de todas as categorias profissionais e, sobretudo, não sobrecarrega a enfermagem. Nesta situação, todos os profissionais da equipe multidisciplinar atuantes no MC possuem o saber científico e conseqüentemente o poder para colocá-lo em prática.

A maturidade da equipe enquanto “grupo” de trabalho auxilia no momento de gerir as divergências de opinião. Toda a troca de pontos de vista de cada categoria profissional favorece o cuidado integral do bebê e sua família. O trabalho em equipe também se torna fundamental considerando que, muitas vezes, no serviço de neonatologia ainda são poucas as pessoas com especializações específicas na área e/ou experiência. Neste contexto, um colega ajuda o outro a aprender a cuidar do bebê pré-termo dentro do MC.

Estudo que objetivou compreender a história das transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, a partir da implantação da primeira UN em Florianópolis, capital do Estado, identificou que a falta das especializações propiciou o aprendizado a partir das trocas de vivências e experiências dos profissionais (COSTA, PADILHA, 2012). Sendo assim, as relações profissionais nem sempre são conflitivas, podendo ser relações solidárias (PEIXOTO *et al.*, 2018).

Ainda nesta relação de troca de experiências, destaca-se o papel dos consultores e tutores estaduais do Método, personagens que estão emersos de saber, e por sua vez transitam entre as tramas do poder em sua atuação profissional, ora o exercendo, ora sendo passivo a ele. Segundo Foucault, todo agrupamento humano sempre estará envolto por relações de poder (BAPTISTA *et al.*, 2017; FOUCAULT, 2019), na qual o saber não é neutro, mas um ato político (FILHO *et al.*, 2018).

O profissional de saúde, sujeito que cuida do outro, em geral se encontra inserido em uma rede de poderes, que na prática do cuidado lhes confere esta autoridade por seu saber técnico-científico (MARTA; TEIXEIRA; 2016; BAPTISTA *et al.*, 2017; LUCENA; PAVIANI, 2017).

Para Foucault (2019), o poder é visto como conceito que busca compreender como as práticas sociais ocorrem. Segundo o filósofo, este caráter positivo do poder corresponde também a algo que se exerce mais do que se possui. O poder é vertical, sendo assim, ele se dissipa horizontalmente em micropoderes. Ou seja, se dissipa entre toda a equipe multiprofissional.

A falta de trabalho em equipe dificulta a implantação do Método (SILVA *et al.*, 2015; SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017). Cada enfermeira e profissional da equipe assume um papel de multiplicador, influenciando potencialmente na (des)continuidade do MC (SILVA *et al.*, 2015). Uma equipe segura e sensibilizada quanto ao MC ultrapassa com mais facilidade as barreiras relacionadas às diversas fragilidades vivenciadas em grande parte dos hospitais para trabalhar na Metodologia Canguru (SILVA *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020). A interdisciplinaridade fortalece o diálogo, o conhecimento e as trocas de experiências, tornando

as oportunidades de educação em saúde um momento acolhedor e de fortalecimento do grupo (COSTA *et al.*, 2015; GESTEIRA *et al.*, 2016).

Em 2010 foi estabelecida a Linha de Cuidado para fortalecimento do MC nas UN das maternidades brasileiras e, desde 2013, o cuidado terapêutico singular vem sendo adotado, viabilizando a individualização do cuidado de acordo com as reais necessidades da criança e sua família. Esta vertente preconiza o trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Identificamos neste estudo que “a enfermeira Canguru” é aquela profissional que foge da média, que vê além das necessidades do bebê e de sua família, e que se preocupa com os pequenos detalhes, garantindo o cuidado integral destes sujeitos. Observa-se a fundamental importância da enfermeira Canguru na fala dos participantes, sendo que sem esta figura à frente das ações do Método identificam-se riscos para a sua efetiva implantação nos serviços.

Para a emancipação do enfermeiro na sua atuação na área da saúde são necessários conhecimento, estudo e empoderamento, aliado a uma transformação social e política, que vem ocorrendo na profissão e no modelo de cuidado do enfermeiro, da atuação curativa e biomédica para a promoção da saúde (MAGAGNIN *et al.*, 2018).

A literatura reconhece que dentre os profissionais da saúde a enfermeira destaca-se com seu perfil de multiplicadora do MC, enquanto se depara com os desafios assistenciais e gerenciais na UN (BAPTISTA *et al.*, 2017; PEIXOTO *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020). O enfermeiro está cada vez mais atuante no delineamento das políticas públicas de saúde, sendo necessário o empoderamento da classe e currículos pedagógicos mais críticos, que fortaleçam a categoria (MAGAGNIN *et al.*, 2018).

A “enfermeira Canguru” exerce um poder sutil sobre os demais membros da equipe multiprofissional, poder este que, de certa forma, podemos classificar como poder disciplinar. Neste contexto, a enfermeira desenvolve estratégias soberanas de disciplina a partir da obediência, normatização e regulação das ações dos demais profissionais no MC (SILVA, 2019).

Finalmente, na unidade analítica “o discurso médico hegemônico” identificamos que em alguns momentos estes profissionais apresentam o poder, como nos casos de liberação ou não do bebê para a Posição Canguru. Entretanto, este poder circula no momento em que os demais profissionais, mesmo sem a “autorização” médica, colocam o bebê em contato pele a pele com sua mãe.

Questiona-se, entretanto, porque os profissionais da equipe multiprofissional embora dotados de saber sobre os benefícios do Método para o bebê e família o executam de modo

informal, escondido, sem apropriarem-se do poder a eles incumbidos pelo saber para iniciar estratégias de enfrentamentos, lutas e resistências. Estas dificuldades são observadas tanto nos serviços públicos quanto os privados, no entanto, os profissionais dos serviços particulares justificam sua omissão e/ou passividade por medo de perderem seus empregos.

Esta hegemonia médica justifica-se historicamente nas organizações hospitalares e serviços de saúde ao considerar que os cuidados ao bebê pré-termo são predominantemente focados no modelo biomédico e curativo (FILHO *et al.*, 2018; AIRES *et al.*, 2020). A medicalização da sociedade implicou em relações hierárquicas e disciplinadoras, na qual observa-se a supremacia do saber médico científico (biopoder) na decisão terapêutica, fundamentando as práticas e protocolos (LUCENA; PAVIANI, 2017; FILHO *et al.*, 2018; PEIXOTO *et al.*, 2018; ZORZANELLI, CRUZ, 2018).

Neste modelo organizacional transitam relações de poder entre aqueles que prescrevem o cuidado e aqueles que o executam (FILHO *et al.*, 2018). Nesta centralidade do saber médico são verificados comportamentos culpabilizantes e amedrontadores nos profissionais (PEIXOTO *et al.*, 2018). Esta ação controladora de vigilância médica sobre o trabalho dos colegas dificultam a autonomia dos demais profissionais de saúde (FILHO *et al.*, 2018; PEIXOTO *et al.*, 2018).

Em um estudo recente, as enfermeiras relataram que possuem a decisão e a atuação limitadas por restrição médica, enfrentando resistências para a prática do MC (SILVA *et al.*, 2018). É extremamente importante a ampliação da autonomia da equipe multiprofissional, para que este cuidado seja formalizado na prática assistencial e realizado por mais vezes. Os cursos de formação e sensibilização para o Método foram e têm sido fundamentais para o enfrentamento destas resistências.

O termo poder, do latim *possum*, significa ser capaz de ter direito de deliberar, agir e mandar, exercer a autoridade, impor a obediência, a soberania, ou o império de dada circunstância. No cotidiano do trabalho hospitalar existem micropoderes que circulam os profissionais da saúde (FILHO *et al.*, 2018). É curioso destacar que, embora imersos de poder institucional, os médicos muitas vezes apresentaram-se omissos nos momentos de ocupar posições de liderança na implantação e disseminação do MC.

Outra situação que emergiu e se mostrou de importante discussão foi a crítica ao Método PBL de formação para o MC. Esta resistência à uma proposta de metodologia ativa que propõem reflexão e diálogo, destaca a dificuldade muitas vezes apresentada pela categoria médica em trabalhar em equipe, de forma a compartilhar múltiplos saberes das diferentes profissões com o foco no cuidado integral do bebê e sua família.

Estudos destacam que a educação permanente e capacitações não devem apenas transferir o conhecimento bruto, mas serem espaços de construção coletiva, oportunidades de problematizações, reflexões e diálogos em busca de estratégias para a transformação da prática (PAIM; ILHA; STEIN BACKES, 2015; SILVA *et al.*, 2018). Atualmente, o foco de cuidado vem se transformando, e não se restringe ao modelo biométrico e curativo, mas também em práticas de promoção da saúde (LOPES, 2019). No entanto, estudos identificam que o cuidado de saúde hospitalar ainda é estruturado de forma fragmentada (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016), e que o seguimento dos bebês egressos da UN apresenta um enfoque no cuidado tecnocrata (AIRES *et al.* 2015).

O uso das ideias e concepções de Foucault remetem à adesão de um referencial teórico-filosófico robusto, que constantemente convida para a reflexão do cotidiano e rotineiro, ajudando a identificar as tramas do poder/saber (FOUCAULT, 2019). A análise genealógica foucaultiana deste estudo é uma postura em relação aos fatos históricos, uma perspectiva que permite buscar a construção de um saber histórico das lutas a partir da busca dos começos, porém os começos descontínuos, a partir do estudo da microfísica das relações: os biopoderes e as biopolíticas (PRADO FILHO, 2017; CHOQUE ALIAGA, 2019; FOUCAULT, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as relações de poder e saber entre a equipe de saúde que permeiam a implantação, disseminação e fortalecimento do MC, identificamos que as relações interpessoais e trocas de experiências fortaleceram as ações do MC no Estado a partir da articulação dos serviços. Neste processo, houve importância da participação da gestão Federal e Estadual no que tange às capacitações, avaliações e suporte aos serviços de saúde.

A atuação da equipe multiprofissional é fundamental no desenvolvimento e monitoramento das ações do Método. Esse trabalho em conjunto confere responsabilidade compartilhada na assistência entre os profissionais de saúde e favorece sua autonomia, além de propiciar o cuidado integral do bebê e sua família. Nesta relação de troca transitam entre as tramas do poder e saber, ora o exercendo, ora sendo passivo a ele.

Dentre as diversas categorias profissionais, “a enfermeira Canguru” destaca-se como aquela profissional que se preocupa com os pequenos detalhes e garante o cuidado integral do bebê e de sua família, desenvolvendo estratégias de poder sutil entre a equipe/família, sendo peça fundamental para a efetivação do MC nos serviços de saúde.

O contexto histórico das organizações hospitalares e serviços de saúde ainda trazem relatos que marcam a história com a efetivação do “discurso médico hegemônico”, que ainda reprime as demais categorias profissionais. No entanto, mesmo imersos deste poder institucional, os médicos raramente o utilizaram assumindo posições de liderança na implantação e disseminação do MC no Estado de SC.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. Método canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do Método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-32, 2015.

AQUINO, M. G. Noções de sujeito e poder em leituras foucaultianas e sua influência nos estudos de organizações e gestão de pessoas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 3, p. 448-459, 2019.

BAPTISTA, M. K. S.; SANTOS, R. M.; DUARTE, S. J. H.; COMASSETTO, I.; TREZZA, M. C. S. F. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170064, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUENO, N. S.; ROSSONI, A. M. O.; LIZZI, E. A. S.; TAHAN, T. T.; HIROSE, T. E.; CHONG NETO, H. J. *How can new technologies help reduce absenteeism in pediatric consultation?* **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

CHOQUE ALIAGA, O. D. *Foucault: biopolítica y discontinuidad*. *Praxis Filosófica*, n. 49, p. 191-218, 2019.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, p. CD002772, 2016.

COSTA, R.; KLOCK, P.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z.; BARCELOS, M. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso em um centro de referência nacional do Método Canguru. *HOLOS*, v. 3, n. 31, 2015.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 2, p. 247-254, 2012.

FARIAS, S. R.; DIAS, F. S. B.; SILVA, J. B.; CELLERE, A. L. L. R.; BERALDO, L.; CARMONA, E. V. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, 2017.

FERREIRA, D. O.; SILVA, M. P. C.; GALON, T.; GOULART, B. F.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D. *Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses*. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 4, e20190100, 2019.

FILHO, S. A. M.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; PIRES, A. S.; VARELLA, T. C. M. M. L. Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. *Revista enfermagem UERJ*, v. 26, e30716, 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; NAGATA, M.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método Canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 6, n. 4, p. 518-528, 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

KLOSSOSWSKI, D. G.; GODÓI, V. C.; XAVIER, C. R.; FUJINAGA, C. I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Revista CEFAC*, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

LAMY, Z. C.; CÓRDOVA, F.; MACHADO, L. G.; MORSCH, D. S.; ALMEIDA, P. V. B. Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

LOPES, A. M. P. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. 3, p. 283-291, 2019.

LUCENA, M. A. G.; PAVIANI, J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. **Sapere Aude**, v. 8, n. 16, p. 522-535, 2017.

MAGAGNIN, A. B.; AIRES, L. C. P.; FREITAS, M. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MAIA, A. R. C. R. O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. **Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4749-4756, 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018.

OLIVEIRA, N. D.; JOAQUIM, M. C. M.; MARANHÃO, A. G. K.; SCHUBERT, C. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; STEIN BACKES, D. *Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2001-2010, 2015.

PAULINO, D. B.; MARTINS, C. C. A.; RAIMONDI, G. A.; HATTORI, W. T. WhatsApp® como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 171-180, 2018.

PEIXOTO, T. C.; PASSOS, I. C. F.; BRITO, M. J. M. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 461-472, 2018.

PRADO FILHO, K. A genealogia como Método histórico de análise de práticas e relações de poder. **Revista de Ciências Humanas**, v. 51, n. 2, p. 311-327, 2017.

SANTOS, P. F.; SILVA, J. B.; OLIVEIRA, A. S. Percepção da enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 6, n. 6, p. 69-79, 2017.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SCHOCHI, C. G. S.; SILVA, L. R.; SILVA, T. P. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 483-490, 2015.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SILVA, T. P.; SILVA, I. R.; MOURÃO, P. P.; GOMES, T. M. *Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU*.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, sup. 6, p. 2783-2791, 2018.

SILVA, L. T. Inflexão na abordagem genealógica da modernidade em Michel Foucault: do arcaísmo disciplinar à sociedade de segurança. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 30, p. 275-314, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.

WOODS, J.; MOORHOUSE, M.; KNIGHT, L. *A descriptive analysis of the role of a WhatsApp clinical discussion group as a forum for continuing medical education in the management of complicated HIV and TB clinical cases in a group of doctors in the Eastern Cape, South Africa*. **Southern African Journal of HIV Medicine**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2019.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar este processo investigativo, que objetivou **compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2019 à luz do referencial foucaultiano**, reflete-se sobre o processo de aprendizado ao longo dos quase quatro anos de doutoramento.

A escolha pela pesquisa histórica possibilitou ampliar as perspectivas de análise sobre o objeto de estudo, principalmente ao optar pela vertente da Nova História, a qual não busca a continuidade.

A ousadia, podendo-se dizer, na adoção do referencial teórico foucaultiano permitiu interpretar com maior profundidade o discurso dos sujeitos e as tramas do saber e poder na qual se encontram inseridos, circulando, transitando esta influência/poder de colocar (ou não) em prática as ações do MC nos serviços de saúde do Estado de SC.

As percepções da pesquisadora, enquanto enfermeira neonatologista, permitem articular com os discursos significativos dos participantes sobre esta transformação histórica do Cuidado Neonatal no Estado, sendo que ao mesmo tempo, o distanciamento de não estar atuando no serviço de neonatologia durante este processo favoreceu a neutralidade nesta pesquisa.

O processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de SC esteve associado a resistências que foram sendo quebradas à luz do saber científico, permitindo a incorporação dos novos saberes na prática do Cuidado Neonatal. Os Centros de Referência assumiram papel de destaque como pólos formadores, nos quais consultores e tutores do Método estão inseridos em uma relação de poder-saber junto a gestores locais para a efetivação das ações do MC.

O referencial foucaultiano contribui para compreender de que forma estas relações de poder-saber ocorrem neste processo de implantação e disseminação do MC no Estado de SC. A efetivação do MC enquanto uma Política Pública de saúde configurou uma mudança de paradigma no Cuidado Neonatal no Estado que levou anos para se concretizar, sendo ainda observadas resistências relacionadas à dificuldade em garantir que o MC ocorra de forma uniforme e integral em todo o Estado (apesar de todo o investimento governamental).

Ainda são observadas limitações físicas dos serviços e fragilidades na gestão (tanto local quanto estadual). Acredita-se que uma gestão estadual mais participativa e ativa contribuirá para ações de fortalecimento e monitoramento dos serviços de saúde com relação ao Método.

As transformações na prática do cuidado ao recém-nascido e família, a partir da disseminação do MC no Estado de SC, ocorreu de forma processual, sendo inicialmente fundamentada no empirismo e atualmente em evidências robustas.

Houve resistências na inclusão dos pais nos cuidados, permeada esta relação família-profissionais pelas tramas do poder-saber. O cuidado individualizado e com a participação da família segue sendo uma premissa do Método, mas ao mesmo tempo um dos principais desafios da equipe de saúde.

Esta mudança de paradigma do Cuidado Neonatal influenciou também em uma série de mudanças nos cuidados com a ambiência da UN e a neuroproteção do recém-nascido. A partir disto, foram incorporados cuidados relacionados à manipulação mínima destas crianças, redução do nível de ruídos e iluminação da unidade e uma abordagem humanizada à dor. A alta rotatividade dos profissionais é uma constante em todos os serviços de saúde e preocupa com relação à manutenção das ações do Método no Estado. Sendo assim, faz-se necessárias constantes capacitações e educação permanente.

Nas relações de poder e saber entre a equipe de saúde que permeiam a implantação, disseminação e fortalecimento do MC, destaca-se a importância das relações interpessoais e trocas de experiências na disseminação do MC no Estado, proporcionando a articulação entre os serviços. Foi importante a atuação da gestão Federal e Estadual no que tange às capacitações, avaliações e suporte aos serviços de saúde durante este processo. A atuação de uma equipe multiprofissional é indispensável para desenvolvimento e monitoramento das ações do Método, conferindo responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e favorecendo sua emancipação e autonomia. Um atendimento multiprofissional favorece ainda o cuidado integral do bebê e sua família, premissa do MC. Nesta relação, a equipe transita entre as tramas do poder e saber, ora o exercendo, ora sendo passivo a ele.

A “enfermeira Canguru” é a profissional em destaque na efetivação do MC no Estado, desenvolvendo estratégias de poder disciplinar sutil entre a equipe/família, sendo peça fundamental para a implantação e disseminação do Método.

O “discurso médico hegemônico” ainda é forte e exerce poder reprimindo às demais categorias profissionais. Esta relação justifica-se pelo contexto histórico de atenção hospitalar, focado no modelo biomédico, tecnocrata e ainda frágil, no que tange a promoção da saúde. Embora incumbidos de todo este poder institucional, os médicos raramente o utilizaram assumindo posições de liderança na implantação e disseminação do MC no Estado de SC.

Confirma-se a Tese de que **o processo de disseminação e fortalecimento do Método Canguru no Estado de SC emergiram deste cenário de transformação da prática assistencial, permeados por relações de poder-saber em diferentes momentos e contextos da história.**

Cientificamente comprovado através dos benefícios ao bebê, à família e ao Estado, inclusive reduzindo custos com o processo de internação, a garantia da efetivação das três etapas do MC deve ser uma prioridade absoluta nas ações de saúde do Estado. Fortalecidos deste saber específico quanto aos benefícios do MC, as equipes de saúde se apropriarão do poder de colocar em prática o MC em todo o Estado de SC, garantindo a face política do poder ao melhorar qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido e sua família.

Como limitações deste estudo destaca-se a seleção de personagens-chave a partir da técnica de *snow ball*, na qual foram principalmente indicados profissionais engajados, influentes no processo de implantação e disseminação do MC no Estado. Talvez ao ampliar a abordagem para mais profissionais da ponta será possível identificar o porquê ainda são encontradas tantas fragilidades no Estado para a efetivação do MC. Acredita-se também que captar um maior número de gestores (que detém o poder) de diversos serviços de saúde possa sinalizar o motivo de apenas três instituições realizarem o Método integralmente no Estado.

Espera-se que este estudo possa motivar e subsidiar ações de gestão no âmbito estadual e nacional, repensando estratégias de fortalecimento e monitoramento do Método para que este ocorra de forma eficaz em todo o país.

REFERÊNCIAS

- AHUMADA-BARRIOS, M. E.; ALVARADO, G. F. *Risk Factors for premature birth in a hospital*. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016.
- AIRES, L. C. P.; KOCH, C.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; MENDES, J. S.; MEDEIROS, G. M. S. Método canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.
- AIRES, L. C. P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; BRUGGEMANN, O. M.; BACKES, M. T. S.; COSTA, R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017.
- AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do Método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-232, 2015.
- ALMEIDA, B. B. P.; MORALES, J. D. C.; LUZ, G. S.; RISSARDO, L. K.; PELLOSO, S. M.; ANTUNES, M. B. Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco. **Nursing**, v. 21, n. 247, p. 2513-2517, 2018.
- ALMEIDA, P. V. B. Prefácio. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.
- ALMUTAIRI, W. M.; LUDINGTON-HOE, S. M. *Kangaroo Care Education Effects on Nurses' Knowledge and Skills Confidence*. **Journal of continuing education in nursing**, v. 47, n. 11, p. 518–524, 2016.
- ALVES, F. N.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MOURA, M. R. S.; FERREIRA, D. M. L. M.; ARAÚJO, C. G. A.; MENDES-RODRIGUES, C.; WOLKERS, P. C. B. Impacto do Método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil - uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, 2019.
- ANTUNES, B. S.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; TROJAHN, T. C.; RODRIGUES, A. P.; TRONCO, C. S. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para mãe em manutenção da lactação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 796-803, 2014.
- AQUINO, M. G. Noções de sujeito e poder em leituras foucaultianas e sua influência nos estudos de organizações e gestão de pessoas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 3, p. 448-459, 2019.

ARAÚJO, B. B. M.; PACHECO, S. T. A.; RODRIGUES, B. M. R. D.; SILVA, L. F.; RODRIGUES, B. R. D.; ARANTES, P. C. C. Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, e2770017, 2018.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M. COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOS, B. R. G. O.; VIEIRA, C. S. História da saúde da criança: conquista, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

AVERY, G. B. Neonatologia: perspectivas na década de 1990. *In*: AVERY, G. B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 288-291, 2003.

BAPTISTA, M. K. S.; SANTOS, R. M.; DUARTE, S. J. H.; COMASSETTO, I.; TREZZA, M. C. S. F. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170064, 2017.

BATISTA, T. N. L. **Método Canguru: (des)atenção ao binômio mãe-bebê na estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

BELLAGUARDA, M. L. R. **Nexos e circunstâncias na história do Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina (1975 - 1986)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BERNARDO, F. R.; ZUCCO, L. P. A centralidade do feminino no Método canguru. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 21, p. 154-74, 2015.

BERQUIST R., ST-PIERRE, I., HOLMES, D. *Uncaring nurses: mobilizing power, knowledge, difference, and resistance to explain workplace violence in academia*. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 32, n. 2, p. 199-215, 2018.

BLENCOWE, J.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M. Z.; CHOU, D.; MOLLER, A. B.; NARWAL, R.; ADLER, A.; VERA GARCIA, C.; ROHDE, S.; SAY, L.; LAWN, J. E. *National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications*. **Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do Método Canguru na Atenção Básica de Saúde em Florianópolis**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BORCK, M. **Terceira etapa do Método Mãe-Canguru**: convergência de práticas investigativas e cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

BORENSTEIN, M. S. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953-1968**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BOUNDY, E. O.; DASTJERDI, R.; SPIEGELMAN, D.; FAWZI, W. W.; MISSMER, S. A.; LIEBERMAN, E.; KAJEEPETA, S.; WALL, S.; CHAN, G. J. *Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis*. **Pediatrics**, v. 137, n. 1, 2016.

BOUYER, G. C. O Método da genealogia empregado por Foucault no estudo do poder-saber psiquiátrico. **Memorandum**, v. 16, p. 64-76, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Curso de capacitação. Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683/GM, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de orientação para a implantação do Método canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.389/GM, de 30 de dezembro de 2013**. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(*)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930/GM, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº GM/MS 1.016, de 26 de agosto de 1993**. Aprova as normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento**. 2018c. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/metodo-canguru>. Acesso em: 7 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Apice on. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 06 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde. **DATASUS**. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=42. Acesso em: 05 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 06 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRAZÃO, B. D. **O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

BUCCINI, G. S.; SANCHES, M. T. C.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BONAMIGO, A. W. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 3, p. 239-247, 2011.

BUENO, N. S.; ROSSONI, A. M. O.; LIZZI, E. A. S.; TAHAN, T. T.; HIROSE, T. E.; CHONG NETO, H. J. *How can new technologies help reduce absenteeism in pediatric consultation?* **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

CAETANO, L. C. **Vivendo no Método canguru: a tríade mãe-filho-família**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,

Ribeirão Preto, 2004.

CAÑEDO, M. C. **Método Canguru**: a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

CARVALHO, E.; MAFRA, P. P. O. C.; SCHULTZ, L. F.; SCHUMACHER, B.; AIRES, L. C. P. Inclusão e participação nos cuidados ao filho pré-termo na unidade neonatal: percepções paternas. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 9, n. 31, p. 1-19, 2019.

CARVALHO, G. P. **Discurso e poder em Foucault**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017.

CARVALHO J. B.; MAIA, A. R.; SANTOS, E. K. A.; BORENSTEIN, M. S.; ESPÍNDOLA, D. S. Foucault como caminho de compreensão para a pesquisa histórica na enfermagem. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica**, v. 3, n. 2, p. 160-171, 2012.

CASILAS S. O. O. *Gubernamentalidad y política pública: estudio alternativo del programa Prospera*. **Revista Mexicana de Sociología**, v. 79, n. 3, p. 543-570, 2017.

CHAGAS, M. A.; ALMEIDA, N. M. S.; COSTA, M. M.; BASTOS, L. P. Percepção das mães acerca da vivência do Método canguru. **Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 10, n. 3, p. 424-435, 2017.

CHAN, G. J.; VALSANGKAR, B.; KAJEEPETA, S.; BOUNDY, E. O.; WALL, S. *What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature*. **Journal of Global Health**, v. 6, n. 1, 2016.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O Método canguru**: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1999.

CHARPAK, N.; TESSIER, R.; RUIZ, J. G.; HERNANDEZ, J. T.; URIZA, F.; VILLEGAS, J.; NADEAU, L.; MERCIER, C.; MAHEU, F.; MARIN, J.; CORTES, D.; GALLEGOS, J. M.; MALDONADO, D. *Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care*. **Pediatrics**, v.139, n. 1, 2017.

CHI LUONG, K.; LONG NGUYEN, T.; HUYNH THI, D. H.; CARRARA, H. P.; BERGMAN, N. J. *Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial*. **Acta paediatrica**, v. 105, n. 4, p. 381–390, 2016.

CHOQUE ALIAGA, O. D. *Foucault: biopolítica y discontinuidad*. **Praxis Filosófica**, n. 49, p. 191-218, 2019.

COLOMBIA. *Ministerio de la Protección Social y el Programa Mundial de Alimentos. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, CD002772, 2016.

CONTIM, D.; RANUZI, C.; GONÇALVES, J. R. L.; BRACARENSE, C. F.; AMARAL, J. B.; COSTA, N. S. Dificuldades vivenciadas por mães de recém-nascidos prematuros durante a permanência prolongada em ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, p. 31-38, 2017.

COSTA, R.; KLOCK, P.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z.; BARCELOS, M. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso em um centro de referência nacional do Método Canguru. **HOLOS**, v. 3, n. 31, 2015.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F. R. S.; BORENSTEIN, M. S. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 247-254, 2012.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o Método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COSTA, R.; SOUZA, S. S.; RAMOS, F. R. S.; PADILHA, M. I. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 629-637, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNNINGHAM, C.; MOORE, Z.; PATTON, D.; O'CONNOR, T.; NUGENT, L. E. *Does Kangaroo care affect the weight of preterm/low birth-weight infants in the neonatal setting of a hospital environment. Journal of Neonatal Nursing*, v. 24, n. 4, p. 189-195, 2018.

CUSTÓDIO, Z. A. O.; COSTA, R.; BORCK, M. Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014.

DANTAS, A. L. B. **O sentido do cuidado para mães no Método canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2010.

DELGADO, B. S. **Contato pele a pele em uma unidade neonatal referência do método canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

DENG, Q.; ZHANG, Y.; LI, Q.; WANG, H.; XU, X. *Factors that have an impact on knowledge, attitude and practice related to kangaroo care: National survey study among neonatal nurses*. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 4100–4111, 2018.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. [S.d.]. Disponível em: <http://tabnet.dive.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 jun 2020.

ELY, V. H. M. B.; CAVALCANTI, P. B.; SILVEIRA, J. T. T.; KLEIN, M. F.; & SOARES JUNIOR, A. Atributos ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto Método Canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. **Ambiente Construído**, v. 17, n. 2, p. 119-134, 2017.

ENTRINGER, A. P.; GOMES, M. A. S. M.; PINTO, M.; CAETANO, R.; MAGLUTA, C.; LAMY, Z. C. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1205-1216, 2013.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 89-93, 2011.

FARIAS, S. R.; DIAS, F. S. B.; SILVA, J. B.; CELLERE, A. L. L. R.; BERALDO, L.; CARMONA, E. V. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FERREIRA, D. O.; SILVA, M. P. C.; GALON, T.; GOULART, B. F.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D. *Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses*. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190100, 2019.

FILHO, S. A. M.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; PIRES, A. S.; VARELLA, T. C. M. M. L. Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e30716, 2018.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JUNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

FORDE, D.; DEMING, D. D.; TAN, J. C.; PHILLIPS, R. M.; FRY-BOWERS, E. K.; BARGER, M. K.; BAHJRI, K.; ANGELES, D. M.; BOSKOVIC, D. S. *Oxidative Stress Biomarker Decreased in Preterm Neonates Treated With Kangaroo Mother Care*. **Biological Research for Nursing**, v. 22, n. 2, p. 188–196, 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FREITAS, J. O. **Método mãe-canguru: evolução ponderal de recém-nascidos**. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

FURLAN, C. E. F. B. **Implantação do Método mãe-canguru:** percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GENOVESI, R. E. **Conhecimento, aceitação e disponibilidade dos profissionais de saúde sobre o Método mãe canguru em unidade neonatal de um hospital universitário do município de São Paulo.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; NAGATA, M.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método Canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 4, p. 518-528, 2016.

GHOJAZADEH, M.; HAJEBRAHIMI, S.; POURNAGHI-AZAR, F.; MOHSENI, M.; DERAKHSHANI, N.; AZAMI-AGHDASH, S. *Effect of Kangaroo Mother Care on Successful Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials.* **Reviews on Recent Clinical Trials**, v. 14, n. 1, p. 31–40, 2019.

GIANINI, N. O. M. Trajetória do Método Canguru nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *In:* SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

GONTIJO, T. L. **Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

GONUGUNTLA, Y.; METGUD, T.; MAHANTSHETTI, N. S. *Effectiveness of kangaroo mother care in the management of twin low-birth-weight neonates: A non-randomized, open, controlled trial.* **Iranian Journal of Neonatology**, v. 9, 2018.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método mãe-canguru:** uma contribuição da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HECK, G. M. M.; LUCCA, H. C.; COSTA, R.; JUNGES, C. F.; SANTOS, S. F.; BORCK, M.. Compreensão do sentimento materno na vivência no Método Canguru. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 6, n. 1, p. 71-83, 2016.

HEINONEN, K.; ERIKSSON, J. G.; KAJANTIE, E.; PESONEN, A. K.; BARKER, D. J.; OSMOND, C.; RAIKKONEN, K. *Late-preterm birth and lifetime socioeconomic attainments: the Helsinki birth cohort study*. **Pediatrics**, v. 132, n. 4, p. 647-655, 2013.

HELLMANN, F; VERDI, M. Contribuições da genealogia de Michel Foucault à Bioética: aspectos metodológicos para o estudo de dispositivos do biopoder. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 15, n. 107, p. 158-179, 2014.

IBFAN BRASIL. **Cuidado mãe canguru**. Atualidades em amamentação. n. 58, 2017. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Atualidades-em-Amamentacao-N.58-2017.pdf>. Acesso em: 11 jun 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santa Catarina / Brasil**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 05 jun 2020.

IFF/FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. **10 passos para a melhoria do cuidado neonatal**. 2019a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/10-passos-para-a-melhoria-do-cuidado-neonatal/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

IFF/FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. **Visita domiciliar ao recém-nascido pré-termo**. 2019b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/visita-domiciliar-rnpt/>. Acesso em: 06 jun 2020.

JAYARAMAN, D.; MUKHOPADHYAY, K.; BHALLA, A. K.; DHALIWAL, L. K. *Randomized Controlled Trial on Effect of Intermittent Early Versus Late Kangaroo Mother Care on Human Milk Feeding in Low-Birth-Weight Neonates*. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 3, p. 533–539, 2017.

KLOSSOSWSKI, D. G.; GODÓI, V. C.; XAVIER, C. R.; FUJINAGA, C. I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

KLÜBER, T. E. Atlas.ti como instrumento de análise em pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. **Educação Temática Digital**, v. 16, n. 1, p. 5-23, 2014.

LAMY FILHO, F.; SILVA, A. A.; LAMY, Z. C.; GOMES, M. A.; MOREIRA, M. E. *Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil*. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LAMY, Z. C.; CÓRDOVA, F.; MACHADO, L. G.; MORSCH, D. S.; ALMEIDA, P. V. B. Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015a. p. 261.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAMY, Z. C.; SOARES, M.; MORSCH, D. S. Cuidado compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

LAMY, Z. C.; VALE, M. S.; RAFAEL, E. V.; SOUSA, F. S.; SANTOS, M. H.; LAMY FILHO, F.; MARQUES, P. F.; ALBUQUERQUE, R. B. C.; SIMÕES, V. M. F. Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA. *In*: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015b. p. 261.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LE GOFF, J. **A história Nova**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIU, L.; OZA, S.; HOGAH, D.; CHU, Y.; PERIN, J.; ZHU, J.; LAWN, J. E.; COUSENS, S.; MATHERS, C.; BLACK, R. E. *Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals*. **Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LOPES, A. M. P. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 3, p. 283-291, 2019.

LOTTO, C. R.; LINHARES, M. B. M. Contato "Pele a Pele" na Prevenção de Dor em Bebês Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 4, p. 1699-1713, 2018.

LUCENA, M. A. G.; PAVIANI, J. O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. **Sapere Aude**, v. 8, n. 16, p. 522-535, 2017.

MACHADO, L. C.; PASSINI JÚNIOR, R.; ROSA, I. R. M. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 3, p. 221-231, 2014.

MAGAGNIN, A. B.; AIRES, L. C. P.; FREITAS, M. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MAIA, A. R. C. R. O enfermeiro enquanto ser político-social: perspectivas de um profissional em transformação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018.

MAIA, A. M. R.; COSTA, E.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, S. Pesquisa histórica: possibilidades teóricas, filosóficas e metodológicas para análise de fontes documentais. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica**, v. 2, n. 1, p. 137-149, 2011.

- MAIA, A. R. É tempo de re-iluminar o cuidado de enfermagem: Re-conectando Florence Nightingale ao seu legado. **HERE – História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 10, n. 2, p. 1-3, 2019.
- MANTELLI, G. V.; STRAPASSON, M. R.; PIEROTTO, A. A.; RENOSTO, J. M.; SILVA, J. F. Método Canguru: percepções da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 51-60, 2017.
- MARBA, S. T. M.; AZEVEDO, V. M. G. O.; BOUZADA, M. C. F.; ARAÚJO, M. C.; GONTIJO, F. O. Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru em Hospitais de Ensino. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.
- MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. **Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4749-4756, 2016.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 347-399, 2015.
- MENDES, K. M. **Participação materna no Método canguru ao recém-nascido pré-termo muito baixo peso internado na unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Pernambuco, Recife, 2015.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, Método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MONTEIRO, L.; GEREMIAS, F.; MARTINI, C.; VARGAS MAKUCH, D.; TONIN, L. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: protocolo baseado em evidências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.
- MORAIS, A. C. **O cuidado da criança prematura no domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018.
- NETO, J. L. F.; MOREIRA, J. O.; ARAÚJO, J. N. G.; DRAWIN, C. R. Usos de Foucault nos estudos de psicologia no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. 1-10, 2017.
- NETO, J. L. F. Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 411-420, 2015.

NEVES, E. P.; GONÇALVEZ, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. *In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. 3, **Anais**. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, v. 1, p. 210-229, 1984.

O'BRIEN, K.; ROBSON, K.; BRACHT, M.; CRUZ, M.; LUI, K.; ALVARO, R.; SILVA, O.; MONTERROSA, L.; NARVEY, M.; NG, E.; SORAISHAM, A.; YE, X. Y.; MIREA, L.; TARNOW-MORDI, W.; LEE, S. K.; FICARE STUDY GROUP AND FICARE PARENT ADVISORY BOARD. *Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial*. **The Lancet. Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 4, p. 245–254, 2018.

OLIVEIRA, N. D.; JOAQUIM, M. C. M.; MARANHÃO, A. G. K.; SCHUBERT, C. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. *In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

OLIVEIRA, R. C. M. (Entre)linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, 2014

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em: 06 jun 2020.

ORSI, K. C. S. C.; LLAGUNO, N. S.; AVELAR, A. F. M.; TSUNEMI, M. H.; PEDREIRA, M. L. G.; SATO, M. H.; PINHEIRO, E. M. Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0550-0555, 2015.

PADILHA, M. I.; BELLAGUARDA, M. L. R.; NELSON, S.; MAIA, A. R. C.; COSTA, R. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O Métodos de Pesquisa Histórica na Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 575-84, 2005.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; STEIN BACKES, D. *Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2001-2010, 2015.

PASSOS, I. C. F. A análise foucaultiana do discurso e sua utilização em pesquisa etnográfica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, e35425, 2019.

PAULINO, D. B.; MARTINS, C. C. A.; RAIMONDI, G. A.; HATTORI, W. T. WhatsApp® como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 171-180, 2018.

PEIXOTO, T. C.; PASSOS, I. C. F.; BRITO, M. J. M. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 461-472, 2018.

PENHA, S. C.; REBOUÇAS, N. P.; MEIRELES, A. V. P.; CARIOCA, A. A. F.; PINTO, M. S.; CARVALHO, N. S. Fatores de risco maternos associados a prematuridade em uma maternidade escola. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p. 43-51, 2019.

PITSOE, V.; LETSEKA, M. *Foucault's discourse and power: implications for instructionist classroom management*. **Open Journal of Philosophy**, v. 3, n. 1, p. 23-28, 2013.

PORTELLI, A. O que faz a história oral diferente. **Projeto História – Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC/SP**, v. 14, p. 25-39, 1997.

PRADO FILHO, K. A genealogia como Método histórico de análise de práticas e relações de poder. **Revista de Ciências Humanas**, v. 51, n. 2, p. 311-327, 2017.

RIBEIRO, A. G. **O sentido do ser-mulher-puérpera no Método mãe canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

ROCHA, A. M.; CHOW-CASTILLO, L. A. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Revista Científica Educandi & Civitas**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

RODRIGUES, V. B. M.; BELHAM, A. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal do Hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 4, n. 46, p. 43-49, 2017.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura**, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SALES, I. M. M. **Alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método canguru: contribuições da enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Santa Catarina. **Linha de cuidado materno infantil**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em: 06 jun 2020.

SANTOS, A. C.; SANTOS, D. L.; AOYAMA, E. A.; FARIAS, F. C. Método Mãe Canguru em recém-nascidos prematuro. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 35-39, 2020.

SANTOS, A. L. C.; WERMUTH, M. A. D. Michel Foucault e a arqueologia/genealogia do poder: da sociedade disciplinar à biopolítica. **Revista Quaestio Iuris**, v. 9, n. 1, p. 405-424, 2016.

SANTOS, G. F. N. Prematuridade tardia: a nova epidemia. **Nascer e Crescer**, v. 19, n. 3, p. 204-206, 2010.

SANTOS, P. F.; SILVA, J. B.; OLIVEIRA, A. S. Percepção da enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v. 6, n. 6, p. 69-79, 2017.

SARPARAST, L.; FARHADI, R.; SARPARAST, M.; SHAFAI, S. *The effect of kangaroo mother care on neonatal outcomes in Iranian hospitals: a review*. **Journal of Pediatrics Review**, v. 3, 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SASSÁ, A. H.; ROSA, T. C. S.; SOUZA, S. N. D. H.; ROSSETTO, E. G. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2012.

SCOCHI, C. G. S.; GELBCKE, F. L.; FERREIRA, M. A.; LIMA, M. A. D. S.; PADILHA, K. G.; PADOVANI, N. A.; MUNARI, D. B. Doutorado em enfermagem no Brasil: formação em pesquisa e produção de teses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 387-394, 2015.

SEIDMAN, G.; UNNIKRISSHANN, S.; KENNY, E.; MYSLINSKI, S.; CAIRN-SMITH, S.; MULLIGAN, B.; ENGMANN, C. *Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review*. **PloS One**, v. 10, n. 5, e0125643, 2015.

SHATTNAWI, K. K.; AL-ALI, N. *The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 46, e24–e28, 2019.

SILVA, J. M. Q. **Significado para mães sobre a vivência no Método canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SILVA, L. J. **Encontros afetivos entre pais e bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do Método Mãe-Canguru**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SCHOCHI, C. G. S.; SILVA, L. R.; SILVA, T. P. A adesão das

enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 483-490, 2015.

SILVA, L. J.; LEITE, J. L.; SILVA, T. P.; SILVA, I. R.; MOURÃO, P. P.; GOMES, T. M. *Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, sup. 6, p. 2783-2791, 2018.

SILVA, L. J. **Sendo um multiplicador de valores e práticas para a (des)continuidade do Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, L. T. Inflexão na abordagem genealógica da modernidade em Michel Foucault: do arcaísmo disciplinar à sociedade de segurança. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 30, p. 275-314, 2019.

SILVA, P. C.; BARBOSA, T. L. S. M.; FARIAS, R. A. R.; LOPES, M. L. H.; SILVA, E. L.; NUNES, F. B. B. F. Influência da idade materna nas condições perinatais em nascidos vivos de São Luís, Maranhão. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 291-298, 2020.

SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 29 abr 2018.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, A. K. C. M.; TAVARES, A. C. M.; CARVALHO, D. G. L.; ARAÚJO, V. C. Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 53-60, 2018.

STELMAK, A. P. **Algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentados no Método canguru**: uma construção participativa. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

TEODOSIO, S. S. S.; SILVA, E. R.; PADILHA, M. I.; MAZERA, M. S.; BORENSTEIN, M. S. A história oral e pesquisa documental como itinerário de pesquisa na enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014). **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160087, 2016.

TESTONI, T. T.; AIRES, L. C. P. O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. **REFACS**, v. 6, sup. 2, p. 611-619, 2018.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 4: autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

VASCONCELOS, V. M.; FROTA, M. A.; MARTINS, M. C.; MACHADO, M. M. T. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 326-331, 2012.

VESEL, L.; BERGH, A. M.; KERBER, K. J.; VALSANGKAR, B.; MAZIA, G.; MOXON, S. G.; BLENCOWE, H.; DARMSTADT, G. L.; DE GRAFT JOHNSON, J.; DICKSON, K. E.; RUIZ PELÁEZ, J.; VON XYLANDER, S.; LAWN, J. E.; KMC RESEARCH ACCELERATION GROUP. *Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions*. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, sup. 2, p. 5, 2015.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.

WHO. *World Health Organization. Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 07 jun 2020.

WHO. *World Health Organization. Low birthweight. Country, regional and global estimates*. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43184/9280638327.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jun 2020.

WHO. *World Health Organization. Preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 06 jun 2020.

WHO. *World Health Organization. Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/?sequence=1>. Acesso em: 6 nov 2018.

WHO. *World Health Organization. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/58076/file>. Acesso em: 06 jun 2020.

WOODS, J.; MOORHOUSE, M.; KNIGHT, L. *A descriptive analysis of the role of a WhatsApp clinical discussion group as a forum for continuing medical education in the management of complicated HIV and TB clinical cases in a group of doctors in the Eastern Cape, South Africa*. **Southern African Journal of HIV Medicine**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2019.

ZIRPOLI, D. B.; MENDES, R. B.; BARREIRO, M. S. C.; REIS, T. S.; MENEZES, A. F. *Benefits of the kangaroo method: an integrative literature review*. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 547-554, 2019.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA



Entrevista nº _____.

Duração: ___ h ___ min.

Local: _____

Data: ___/___/___ Horário início: ___:___ Horário término: ___:___

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Instituição e setor que está vinculada (o):

Tempo de atuação na instituição: _____

Contato: e-mail: _____

Telefone serviço: () _____ celular: () _____

Categoria Profissional: () enfermeiro () médico () psicólogo () assistente social ()
terapeuta ocupacional () fisioterapeuta () outro _____

Maior titulação: () doutorado () mestrado () especialização () graduação

*Informar área das especializações:

Atuação no MC: () Consultor () Tutor () Gestor () Profissional () Outro _____

Tempo de formado: _____ Tempo de atuação em UN: _____ Tempo de atuação no MC: _____

Breve biografia (resumir: data e local de nascimento, estado civil, procedência, formação, titulação, atividades profissionais, citar se ocupa cargo específico no MC):

*Solicitar dados via e-mail

1) Fale-me sobre a sua inserção no Método Canguru

- Quando você ouviu falar sobre o MC pela primeira vez? (local, situação)
- Como e por que se deu a sua aproximação com o MC?
- Quais foram os cursos sobre o MC que você participou?
- O que te motivou a fazê-los? (coletar ano da primeira e última capacitação)

2) Como foi o processo de implantação do MC na UN que você trabalha?

- Quais foram os fatores motivadores para que seu serviço adotasse o MC?
- Quem influenciou/participou deste processo?
- Quem coordenava o processo de implantação do MC? Conte-me como aconteceu?
- Quais foram as estratégias adotadas para o sucesso da implementação do MC em seu serviço?
- Houve dificuldades nesse processo? Quais?
- Como se distribuíam e/ou se distribuem as atividades para a adoção do Método Canguru? Elas eram/são executadas por quem?
- Qual foi o seu papel neste processo?
- Alguns requisitos eram ou foram exigidos para você participar da implantação do Método?
- Você lembra o que sua equipe pensava sobre o MC? Como foi a adesão aos princípios do Método na prática em sua unidade?
- Conte-me como se deu o processo de capacitação da equipe que atua na sua unidade.
- O serviço de saúde em que você atua possui quais etapas do MC implementadas?
*Ano de implementação de cada etapa: 1ª: _____; 2ª: _____; 3ª: _____.
- Existe algum material documentando este processo?

3) O que mudou no cuidado ao recém-nascido depois que você/sua equipe foi/foram capacitado(s) para o Método Canguru?

- Como você percebe o cuidado ao bebê antes e após o processo de implementação do MC no serviço de saúde que você atua? (ou após o curso de capacitação para o Método).
- Quais as práticas de cuidado recomendadas pelo Método Canguru sua equipe adota?

- Como se dá a relação dos profissionais da equipe de saúde na execução destas práticas? (Havia hierarquia de trabalho? Havia autonomia profissional?)
- Você poderia contar fatos importantes ou curiosos que permearam este processo?
- Você pode descrever como foi a receptividade/aceitação dos profissionais para o início do Cuidado Canguru?
- Qual o peso e IG mínimo para a realização de cada etapa em sua instituição?
- Quanto tempo o bebê fica na posição canguru em seu serviço? Quantas vezes ao dia?
- Como ocorre a capacitação da sua equipe para atender as recomendações do MC?
- Qual o envolvimento dos gestores neste processo?

4) Como você percebe a presença e a participação da família na sua unidade.

- Como se dá a entrada dos pais/família na unidade? Sempre foi assim?
- Como se dá a relação dos pais/família com os profissionais da equipe?
- Quais as práticas de cuidado desenvolvidas em seu serviço para promover a participação da família no cuidado ao RN?

5) O que você sabe sobre o processo de disseminação do MC em Santa Catarina?

- Você sabe informar outras unidades que desenvolvem o MC no Estado?
- Você poderia indicar outros profissionais que ajudariam a conhecer o processo de disseminação do MC no Estado? (acolher as indicações para as próximas entrevistas):

- Como você percebe a articulação entre os diversos níveis de atenção a saúde no Estado com relação ao MC?
- Existe algum meio de troca de informações entre os profissionais de saúde?
- É possível encontrar algum registro sobre este processo?

6) Fontes documentais:

- Você possui algum material que poderia ajudar a contar a história de implantação, disseminação e fortalecimento do Método no nosso Estado? (foto, documento, carta, livro, objeto, etc, da época de transição do Cuidado Convencional para o Cuidado Canguru).

* Autoriza a divulgação na Tese? () sim () não

- O serviço de saúde em que você atua apresenta alguma recomendação por escrito sobre o MC (ano, edições) *solicitar cópia

- Você e sua equipe já apresentam produção científica sobre o MC, compartilhando suas experiências? (artigos, livros, participação em eventos científicos, palestras, etc).

* Por gentileza fornecer informações para a localização

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU NO ESTADO DE SANTA CATARINA (1996-2019)”**, que fará parte da Tese de Doutorado em Enfermagem, conduzida pela Enfermeira Doutoranda Luana Cláudia dos Passos Aires (pesquisadora principal) e orientada pela Profa. Dra. Roberta Costa (pesquisadora responsável). Trata-se de uma pesquisa sócio histórica de abordagem qualitativa, a partir da história oral temática e análise documental, que tem por objetivo **“Compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2019, à luz do referencial teórico foucaultiano”**. Os dados serão coletados através de uma entrevista com áudio gravado e transcrito pela pesquisadora principal, e os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou divulgados em eventos científicos. Como se trata de uma pesquisa histórica, com o propósito de dar visibilidade aos participantes, seu nome, imagem e informações profissionais poderão ser apresentados juntamente com os relatos que você fizer durante a entrevista, desde que sejam formalmente autorizados e validados por você mediante assinatura da carta de cessão de entrevista, documento no qual você informará também se autoriza o uso das suas falas na íntegra ou com restrições. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, não é isenta de riscos aos participantes do estudo. No entanto, as pesquisadoras arcarão de forma a corrigir/reduzir eventuais danos que você possa estar exposto (a), sendo que caso se sinta constrangido (a) para responder alguma questão poderá recusar de fazê-lo. Outro possível risco ao participante é o de mobilização emocional, já que em uma pesquisa histórica as lembranças que aflorarem durante a coleta dos dados poderão interferir no seu bem-estar. No entanto destacamos que as pesquisadoras estarão disponíveis para minimizar e/ou acolher estes sentimentos manifestados e lhe oferecerão suporte psicológico profissional, caso necessite, sem qualquer ônus financeiro para você. Ao participar desta

pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, os resultados deste estudo fornecerão informações importantes sobre o processo de implantação e disseminação do Método Canguru no Estado de Santa Catarina, subsidiando diretrizes para o fortalecimento desta Política Pública de Saúde. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, mas caso você tenha alguma despesa extraordinária associada à este estudo será ressarcido (a) nos termos da lei, bem como será indenizado e ressarcido (a) de qualquer prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa. Você poderá se negar de participar deste estudo ou deixar de participar a qualquer momento, sem que sofra qualquer penalização ou prejuízo. Para isso, basta que você comunique sua decisão, por qualquer meio, à pesquisadora principal. Os resultados dessa pesquisa serão fornecidos a você, caso os solicite. Você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento que desejar para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter com relação a este estudo. Este documento será assinado em duas vias de mesmo valor, pela pesquisadora responsável, pela pesquisadora principal e por você, caso concorde em participar deste estudo. Destacamos que uma via deste documento ficará em seu poder e reforçamos a importância de que seja guardado, pois garante os seus direitos como participante deste estudo e contém informações importantes de contato. A outra via ficará com a pesquisadora principal, sendo guardada por no mínimo cinco anos. Ressalta-se que todas as páginas deste documento devem ser numeradas e rubricadas pelas partes interessadas. Assim sendo, as pesquisadoras comprometem-se em conduzir esta pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos aspectos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidas através dos contatos:

Pesquisadora principal:

Nome Completo: Luana Cláudia dos Passos Aires

Documento de Identificação: RG: 3396 566

Endereço completo: Rua Albano Schimidt, 497. Ap 204 bloco 1. Boa Vista – Joinville/SC. CEP:89205-101

Endereço de e-mail: luana.aires08@gmail.com

Telefones: (047) 91143533

Pesquisadora responsável:

Nome Completo: Prof. Dra. Roberta Costa

Documento de Identificação: RG: 3.687.435-3

Endereço completo: Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima – Departamento de Enfermagem, Trindade – Florianópolis/SC. CEP: 88040-900.

Endereço de e-mail: roberta.costa@ufsc.br

Telefones: (048) 3721-2760

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC)

Endereço completo: R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC

CEP 88.040-400

Contato: (48) 3721-6094

Localização: Prédio Reitoria II

Endereço de e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Telefones: (48) 3721-6094 das 07 às 19 h.

Eu, _____,
RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar desta pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2019 (local e data).

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora principal:

Assinatura da pesquisadora responsável:

**APÊNDICE C - CARTA DE CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL
PARA A PESQUISA DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO
CANGURU NO ESTADO DE SANTA CATARINA (1996-2019)**



Pelo presente documento, eu _____
 _____ (nome completo),
 _____ (nacionalidade),
 _____ (estado civil), _____ (profissão), carteira de
 identidade nº _____, emitida por _____, CPF nº
 _____, residente e domiciliado em _____

Declaro para os devidos fins que cedo e transfiro neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo à Pesquisadora Luana Cláudia dos Passos Aires, doutoranda do Programa de Pós – Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia (ou entre os dias) _____ na cidade de _____ e os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para a leitura e inclusão no trabalho da Pesquisadora, podendo ser utilizada na íntegra, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.

Autorizo o uso da entrevista:

Na íntegra Com restrições: _____

Autorizo a divulgação do nome para esta pesquisa histórica:

sim não

Autorizo o uso da minha imagem nesta pesquisa:

sim não

Subscrevo-me, atenciosamente,

(Assinatura do participante da pesquisa)

Local

_____, ____ / ____ / ____.
 data

APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO: RECORTES DA HISTÓRIA

Neste momento, apresento alguns recortes da história que foram tecidas ao longo desta investigação durante os diferentes caminhos percorridos ao cruzar com os personagens que constroem a história do MC no Estado de SC.

Buscando a atualização e aquisição de conhecimentos sobre a temática do estudo, participei da **12ª Conferência Internacional do Método Canguru (Bogotá/Colômbia) – No Berço do MC**. [...] O evento ocorreu nos dias 14 a 17 de novembro de 2018, sendo dois dias de *workshop* e dois dias de congresso. Estiveram presentes 43 países, mais de 400 participantes, sendo 15 brasileiras, dentre estas médicas, enfermeiras, psicólogas e fonoaudiólogas de diversas regiões do país.

Foram apresentados 39 trabalhos na modalidade pôster. A solicitação foi que os trabalhos tivessem enfoque para a implementação e disseminação do MC, neuroproteção que o MC promove, políticas, posicionamento do bebê, nutrição, *follow up*, família, dentre outros. O Brasil apresentou representatividade nas pesquisas com seis trabalhos, sendo um premiado.

Posso dizer que este foi um dos momentos mais marcantes da minha trajetória profissional enquanto pesquisadora do Método. Estar imersa por quase uma semana, com colegas de diversas partes do mundo foi muito motivador. Foi possível compartilhar informações sobre como se dá o cuidado ao neonato pré-termo e/ou de baixo peso nos diversos países.

Dentre as atividades programáticas estavam conhecer os Programas do MC em Bogotá. Estavam disponíveis Unidades Neonatais, Serviços de Atenção Primária e *follow up*, e o Instituto Materno Infantil de Bogotá.

O *workshop* abordou as seguintes temáticas (tradução minha):

- Grupo 1: Seleção de um conjunto mínimo de indicadores para avaliar a difusão a nível de país;
- Grupo 2: Integração do MC nos objetivos de trabalho de organizações não governamentais, parceiros de desenvolvimento e outras instituições públicas e privadas;
- Grupo 3: Implementação do Método Canguru em todos os hospitais de um país;
- Grupo 4: Transporte utilizando MC;
- Grupo 5: Colocando em prática os Ministérios de Saúde, a academia e as associações profissionais;
- Grupo 6: Como estabelecer um sistema de seguimento do MC para garantir a segurança e documentar os benefícios;
- Grupo 7: MC para recém-nascidos a termo.

Esta experiência despertou ainda mais o meu interesse em realizar o presente estudo, considerando que em tudo há uma história para ser contada, um começo, e que estaríamos então, contando a História de Santa Catarina no Método.



Brasileiras presentes no 12^a KMCC – Bogotá/Colômbia



Apresentação de minha pesquisa do mestrado. Na foto com a Dra. Zeny Lamí – 12^a KMCC (Bogotá/Colômbia)



Dia internacional da prematuridade – (12ª KMCC) 17/11/2018. Bogotá/Colômbia

24/01/2019 – Primeiro dia de coleta de dados: Zaira/Psicóloga

Saio cedo de Joinville, marquei com a Zaira/Psicóloga (irei chamá-la assim pelo fato de ter mais uma participante com esse nome) às 13h no HU/UFSC. Como essas estradas são imprevisíveis é melhor não contar com a sorte. No caminho muita chuva!! Acho que nunca senti tanto receio dirigindo na BR. Mas a ansiedade por iniciar minha coleta de dados fez aquele dilúvio tornar-se pequeno perto de minha vontade de explorar meu objeto de estudo.

Chego na UFSC 12h, uma pausa para almoço seguido de um café preto. Enquanto isso tento me desligar do mundo exterior e vou cada vez mais mergulhando no meu papel de pesquisadora qualitativa, refletindo sobre a condução da entrevista, revisitando o roteiro e até mesmo o adaptando, afinal, a personagem que iria entrevistar hoje é a peça chave do início do Método Canguru no Estado de Santa Catarina.

Adentro pelos corredores do HU/UFSC, e como sempre me emociono. Sendo “cria da casa”, quantas lembranças emergem em cada passo que percorro pelo hospital, principalmente ao chegar no segundo andar, no qual fica localizada a maternidade e a Unidade Neonatal. Vários rostos passam por mim, alguns velhos conhecidos do tempo de faculdade, outros novos, afinal, já se passaram quase dez anos desde que me formei.

Sento-me em frente à sala da psicologia, e enquanto aguardo a Zaira/Psicóloga chegar, procuro tecer algumas reflexões antes da entrevista, em busca de me concentrar e me introspectar em minha pesquisa. Reflito sobre a estrutura física, algumas coisas mudaram. Embora tenha vivido intensos quatro anos dentro do HU/UFSC, a leitura do livro dos 15 anos do MC me mostrou um lado do hospital que eu não conhecia.

Que a equipe do HU/UFSC era composta por profissionais dedicados eu sempre soube. O que eu não conhecia era o tamanho idealismo e a militância deste grupo para que as ações do Método Canguru fluíssem. Atitude que conferiu ao serviço no ano de 2000 o reconhecimento como Centro de Referência Nacional para o Método, devido o destaque de suas ações para o crescimento do MC no cenário brasileiro.

A entrevista com Zaira/Psicóloga flui naturalmente durante toda uma tarde, de forma muito prazerosa. Sempre admirei sua atuação profissional, desde o tempo que fui sua bolsista do grupo de gestantes e casais grávidos do HU/UFSC. Fico muito feliz com a possibilidade de entrevistá-la, e Zaira/Psicóloga reforça que também se sente feliz por este estudo estar ocorrendo em um momento histórico, a passos de comemorar 20 anos de Método Canguru no Estado.

Documentos Obtidos:

- Lista de Hospitais Capacitados para o Método em SC.
- Lista de Participantes do Curso de Tutores de 2010.
- Um relato escrito a mão, que traz as informações do primeiro bebê colocado em Posição Canguru no HU/UFSC, em 14 de junho de 1996. Este RN ficou em contato pele a pele com a sua mãe por 45 minutos pela manhã e uma hora a tarde. O relato ainda traz que no mesmo dia outras mães comentaram que gostariam de também ter esta experiência com seus filhos, já outras se mostraram contra, receosas.
- Folder da Primeira Conferência Nacional do Método “Mãe-Canguru” Promovida pelo BNDES nos dias 16 e 17 de março de 1999, no RJ. Este evento contou com a presença do Dr Hector Martinez.
- O ofício comunicação interna do HU/UFSC no qual apresentam o Método “Mãe Canguru” (como era anteriormente chamado) para a equipe e anunciam que a partir da filosofia de humanização da maternidade do HU/UFSC, somado à participação de representantes do hospital na Conferência Nacional do Método Canguru realizada em no Rio de Janeiro, e dos contatos lá estabelecidos, o serviço estava sendo visado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES para se tornar Centro de Referência para a região sul do MC. O ofício destacava ainda a necessidade de adequações relacionadas à estrutura física e de assistência (principalmente relacionada a participação da mãe nos cuidados ao bebê, realizando o pele a pele). Por fim este ofício traz o convite para um encontro coordenado pela Dra. Geisy Lima do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – Recife, para apresentar o Programa “Mãe Canguru” para a equipe do HU/UFSC, a ser realizado em 22 de abril de 1999.
- Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (No 26 de 1999), no qual Zaira/HU deu uma entrevista sobre o benefício duradouro na opção pelo Cuidado “Mãe-Canguru”. Sendo considerado pela psicóloga “uma transição suave para a vida extrauterina, convertendo a mãe numa figura indispensável nos cuidados e tratamento de seu bebê”
- Folder sobre a primeira capacitação realizada no HU (Encontro Estadual), no dia 07 de julho de 2000, no qual palestraram três participantes deste estudo (Zaira/Psicóloga, Sônia/Enfermeira e Anelise/Médica).
- Uma tira do Jornal A Notícia de Santa Catarina, datado 08 de julho de 2000, trazendo como manchete que o HU/UFSC seria referência no Programa “Mãe Canguru”. Neste noticiário trazia que o hospital aguardava a liberação do montante de 200 mil reais do BNDES para investimentos em adequações para o Método. Destacava que o HU/UFSC seria então o polo de formação de outros profissionais para o Método. A redação destaca que até o momento o HU/UFSC é o único hospital do Estado a ter o programa, oferecendo a primeira etapa do Método (com ênfase no pele a pele).
- Outro excerto de Jornal, desta vez do Diário Catarinense, datado de 11 de julho de 2000 destaca em manchete que Programa baseado em cangurus ajuda no desenvolvimento de bebês. Explica ao leitor o Método em suas três etapas e a sua comparação com os Cangurus, trazendo destaque do HU/UFSC como referência para a região sul do país. Traz que em média os bebês do HU/UFSC ficam uma hora em contato pele a pele com as suas mães, mas que a meta é ampliar para 24 horas com a finalização da unidade canguru.
- Novamente uma manchete do Diário Catarinense, datada 15 de outubro de 2000, HU/UFSC recebe Prêmio Galba de Araújo de Humanização (única instituição da região sul do Brasil a ser contemplada). Segundo a reportagem a adoção do sistema “mãe-canguru”, a opção pelo parto de cócoras, a promoção de palestras para casais durante a gestação, o incentivo ao aleitamento materno e a permissão do acompanhante durante o trabalho de parto conferiram à maternidade o prêmio.

- Um roteiro de sensibilização durante os plantões, chamado “Refletindo a prática de humanização na Unidade Neonatal”, de 2001. Com duração de uma hora e quinze minutos, com dinâmicas com o objetivo era promover reflexões da equipe sobre a assistência. Junto com o roteiro Zaira/Psicóloga disponibilizou três páginas de depoimentos com reflexões dos funcionários, sobre cuidados com ambiência da Unidade Neonatal, como ruídos, iluminação, posicionamento do bebê, entre outros. Os relatos demonstram interesse por atuar de forma a prevenir os danos no desenvolvimento do bebê pré-termo.

- Em 10 de setembro de 2002 o Diário Catarinense novamente traz uma reportagem sobre o Método Canguru. Nesta edição o jornal traz os benefícios do Método e destaca a 7ª edição do curso promovido pelo HU/UFSC no período, contando com participantes gaúchos, paranaenses e catarinenses, no total de 38 participantes médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

- Declaração do Ministério da Saúde de que o HU/UFSC é um dos cinco Centros de Referência Nacional para o Método Canguru, e desempenha papel fundamental para a expansão da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso no país.

- Revista FAPEU sobre o MC.



Com Zaira/Psicóloga, sala da psicologia – HU/UFSC. 24/10/2019



Coleção de cangurus da Zaira/Psicóloga em sua sala no hospital. Cada um com uma história, vindos de diversas regiões do país e do mundo.

19/02/2019 – Segunda e terceira entrevista: Fernanda/Enfermeira e Zaira/Assistente Social

Hoje, finalmente, após diversas tentativas e reagendamentos consigo realizar a entrevista com a enfermeira Fernanda, atual coordenadora do CRE. No caminho para a maternidade minha coordenadora entra em contato questionando se posso ir fazer HP, pois a enfermeira do plantão não iria. Como peguei carona com meu marido às sete horas e havia agendado com a Fernanda por volta das oito horas, chego na maternidade, “organizo a casa”, passo os leitos disponíveis para o Centro Obstétrico e vejo as demandas e prioridades do setor. Reflito sobre como o serviço sobrevive nas múltiplas tarefas que se tem em uma instituição hospitalar, aliado a isso a falta recorrente de funcionários. Todos dão um pouco de si para que o serviço ande.

Olho no relógio, 07:50, passo a “bola” para a enfermeira residente e coordenação e bato meu dedo novamente, agora saindo da função enfermeira para assumir meu cargo de pesquisadora. É importante nessas horas deixar claro para a equipe a desconexão da assistência, pois o papel de pesquisador exige foco e concentração diferenciada das atividades assistenciais.

Fernanda já me aguardava na UCINCa com o computador ligado e diversas fotos para me mostrar. Ela sempre foi muito organizada, sempre admirei sua postura profissional e a sua maneira de conduzir a equipe de forma sensível e humana.

Converso com Fernanda, que com sua sensibilidade e delicadeza me apresenta encantada o MC da Darcy Vargas. Um trabalho de equipe, como ela sempre faz questão de destacar.

Ao final da entrevista, quando estamos analisando as fontes documentais, somos interrompidas pela visita da nova diretora da MDV e Gerência Administrativa. A diretora questiona interessada sobre o MC e pede para conhecer a estrutura física. Fernanda rapidamente destaca: “Vou aproveitar que a senhora está aqui e pedir algumas coisas. Essa porta do banheiro precisa ser de correr. Se uma mãe passar mal ali dentro e desmaiar eu não consigo abrir sem machucá-la”. Ainda acrescenta: “Outra coisa, precisamos de um novo ar condicionado. Este está estragado e as mães não conseguem ficar na Posição Canguru nesse calor”. E com seu jeitinho, Fernanda vai lutando por melhorias para o Canguru.

Várias de suas falas me emocionaram durante a entrevista. Lembrei da Zaira/Psicóloga ao descrever a “Enfermeira Canguru”. Sem dúvidas, Fernanda é uma delas.

Ao finalizarmos a análise dos documentos, Fernanda volta para o Banco de Leite Humano (BLH) da Maternidade, para aguardar a diretora, que também quer conhecer este serviço. Aproveito para agendar um horário para entrevistar a Dra. Maria Beatriz.

Dra. Maria Beatriz me recebe com um sorriso no rosto, lembro para que traga no dia da entrevista documentos que possam ajudar a contar a história do MC na MDV. “Nossa, tem sim! Bastante coisa! Mas agora, aonde?” Reflete a médica, enquanto começa a se lembrar de situações e fatos de viagens para capacitações.

Ela me conta que sempre houve a preocupação de repassar todas as informações para o grupo, para não deixar morrer. “Se não perde a história. Os novos não têm isso da história, está tudo pronto. Esses tempos teve uma mudança aqui, e uma caixa de papéis que estava na direção parece que foi tudo fora! Uma pena, pois jogaram a história!”, enfatiza.

Saio do BLH e vou encontrar Zaira/Assistente Social em sua sala. Questiono se ainda há tempo para entrevistá-la ou se ela prefere ir almoçar primeiro. Zaira/Assistente Social me convida para entrar e iniciamos sua entrevista.

Ela me conta com muito carinho a história do MC na instituição, e no momento da entrevista em que costumo perguntar se lembrar de algum fato curioso que ocorreu nestes anos de cuidado humanizado Canguru, Zaira/ Assistente Social traz uma situação de perda, de um óbito. Zaira/Assistente Social faz uma fala tão detalhada, humana, sensível e linda sobre respeito à família, que não consigo segurar as lágrimas.

Aquele depoimento me toca profundamente, a ponto de ficar pensando durante a entrevista: “preciso segurar as lágrimas! Não fica bem para a pesquisadora chorar!” Mas o que seria “ser uma pesquisadora qualitativa” se não posso me deixar levar também pela emoção?

E com esta reflexão, levo todas as falas e depoimentos que estou obtenho como um presente! Um presente de quem está resgatando a história para eternizá-la.



UCINCa/MDV com Fernanda – 19/02/2019



Jardim da Luz/MDV, com Zaira/MDV – 19/02/2019

Documentos Obtidos:

Zaira/Assistente Social:

- Lista de hospitais do Estado avaliados em 2014.
- Planilha de Tutores Estaduais do ano de 2017.
- Lista de cursos de Tutoria 2009 – 2014.
- Lista de Tutores Recadastrados 2017.

22/02/2019 – Quarta entrevista Dra. Maria Beatriz/Médica

A entrevista com a Dra. Maria Beatriz ocorreu no BLH da MDV, conforme combinado. Suas falas são carregadas de história, de uma profissional com quase 30 anos de atuação na instituição. Em menos de um mês após a entrevista a Dra. Maria Beatriz se aposentou. Fico imensamente grata e feliz por ter tido a oportunidade de absorver um pouco de seus conhecimentos. Sem dúvidas é uma profissional que fará muita falta para a instituição.

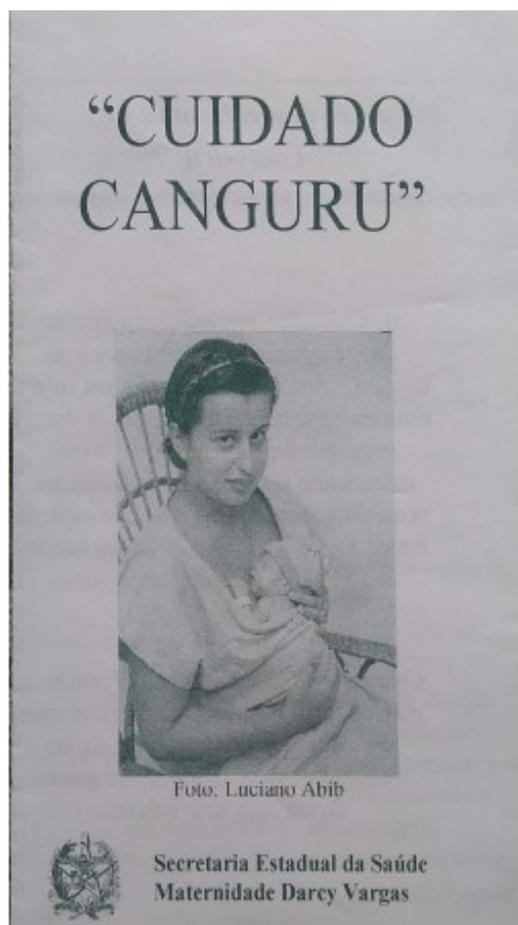


UCINCa/MDV, com Dra. Maria Beatriz – 22/02/2019

Documentos obtidos:

- Termo de consentimento informado das mães participantes do Método.
- Fluxograma de liberação pelo Neonatologista para o Cuidado Canguru.
- Rotina de Atendimento à Mãe e Bebê prematuro na Unidade Neonatal MDV, com a formalização por escrito de uma padronização do Cuidado Canguru na instituição, incluindo orientações como: aleitamento materno, incentivo da presença e participação dos pais na unidade, grupo de pais, posição Canguru, registro do tempo em Posição Canguru e critérios para a alta hospitalar.
- Instrumento de controle de dados dos RN em Cuidado Canguru, que incluía: dados sobre o nascimento e causas da internação, data da primeira visita dos pais, primeiro toque, primeira mamada e primeira posição Canguru, condições de alimentação na alta.
- Folder da MDV sobre o Cuidado Canguru, que traz na capa a foto de Michele, a primeira Mãe Canguru da instituição.
- Folder da MDV sobre o Método Canguru, que traz a informação que dos 7281 bebês nascidos na instituição no ano de 1999, 7,66% tinham peso menor de 2500g. Com a adoção do MC a permanência na incubadora foi trocada pelo contato pele a pele com os pais.
- Cópia dos slides da aula da Dra. Maria Beatriz sobre a experiência do Método Canguru na MDV, trazendo as seguintes informações:
 - O Projeto Amor-Perfeito surgiu na instituição em abril de 1995, sendo uma estratégia de intervenção precoce em bebês de alto risco. Trabalho iniciado por terapeutas ocupacionais, mas que envolvia toda a equipe multidisciplinar, com ênfase para cuidados de ambiência e organização neuropsicomotora do RN, com o objetivo de reduzir os estímulos agressivos (iluminação, ruídos). Nesta fase deu-se o início do uso dos ninhos de contenção, já era estimulado a presença e participação dos pais nos cuidados e o foco no aleitamento materno.
 - Implantação do MC na MDV: **março de 1999** participação na Conferência Nacional Método Mãe-Canguru, do MS e BNDES no Rio de Janeiro. **Dezembro de 1999** participação no lançamento da “Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Pesos - Método Canguru, do MS no Rio de Janeiro. **Janeiro de 2000** organização da equipe multidisciplinar e

visita técnica do MS. **fevereiro de 2000** organização da estrutura física e primeira mãe Canguru (modelo). **Março de 2000** início da 1ª etapa. **Novembro de 2000** treinamento no HU/UFSC. **Fevereiro de 2001** réplica do treinamento para toda a equipe da unidade neonatal. **Outubro de 2001** treinamento do Dr Ricardo Nunes Moreira da Silva (consultor do MS). **Novembro de 2001** instalação da primeira enfermaria Canguru (que foi desativada em fevereiro de 2002 por falta de funcionários). **2010** instalação da Enfermaria Canguru (Etapa 2). MDV sedia curso de tutores do Estado. 2011 MDV recebe credenciamento do MS como Referência Estadual do Método Canguru. **2012** cria-se o ambulatório de alto risco (terceira etapa).



Folder da maternidade Darcy Vargas sobre o Cuidado Canguru. Em destaque a foto de Michele, primeira mãe canguru da instituição.

14/03/2019 – Quinta entrevista: Glória/Terapeuta Ocupacional

A participante de hoje, a qual irei me referir com Glória/Terapeuta Ocupacional pelo fato de ter outra participante com o mesmo nome, encerrou seus serviços na MDV no ano de 2017, quando se aposentou. Foi sempre carinhosamente chamada de Glorinha por seus colegas de trabalho. Tive a oportunidade de trabalhar com ela durante um curto período, pois recém havia entrado na MDV. Participamos juntas do 22º Congresso Brasileiro de Perinatologia, em Brasília no ano de 2014, quando pude conhecer um pouco mais da sua história. Glória/Terapeuta Ocupacional contribuiu ativamente para o desenvolvimento do MC no Estado, iniciando suas atividades antes mesmo da organização dos Cuidados Canguru, atuando no Projeto Amor-Perfeito.

Ao agendar a entrevista com Glória/Terapeuta Ocupacional, em acordo optamos por fazê-la em minha casa. Tivemos uma agradável conversa enquanto tomávamos um café da tarde. Glória/Terapeuta Ocupacional me trouxe fotos do início de suas atividades profissionais, e contou com detalhes cada situação, embora no início da entrevista se mostrava com receio de não lembrar dos fatos, por dizer que sua memória não anda boa. Este é um dos vieses da pesquisa histórica oral, contar com a memória dos participantes. Mas o auxílio do roteiro de entrevista, juntamente com as fotos trazidas pela participante ajudaram a rememorar os fatos.

Glória/Terapeuta Ocupacional entrou na MDV em 1994, sua vaga do concurso era para o Centro Neurológico de Reabilitação, em Florianópolis. Por influência da Direção da MDV da época (Dra. Raquel), foi possível trazer sua vaga para a instituição. Desde que se aposentou a maternidade seguiu sem TO, sendo uma grande perda para o serviço. Apenas no início de 2020 veio uma nova TO para a instituição, vinda de Florianópolis.



Com Glória/Terapeuta Ocupacional, em minha casa. 14/03/2019.

Ao ler sua entrevista para enviar o termo de cessão de entrevista, Glória/Terapeuta Ocupacional não se sente confortável com algumas de suas falas e me envia a entrevista ajustada. No entanto, percebo que dados importantes de seu discurso foram suprimidos e história romantizada.

Reenvio a entrevista original destacando os itens que senti falta na adaptação, Glória/Terapeuta Ocupacional decide então realizar um novo encontro, que ocorre novamente em minha casa.

Desta vez conversamos sem gravador, percebo que isto influencia positivamente no discurso da participante. Glória/Terapeuta Ocupacional faz revelações importantíssimas sobre as relações de poder e saber. Sobre o autoritarismo da chefia de enfermagem, sobre a resistência no início dos médicos acatarem o MC (algo que não apareceu em sua entrevista original). Segundo a participante, a postura médica era de resistência “só vai acontecer o pele a pele se a gente autorizar”, e não existia o interesse desta classe profissional para fazê-lo. Esta situação só tomou outro desenho quando os médicos começaram a participar dos primeiros treinamentos para o MC.

Glória/Terapeuta Ocupacional também contou que muito antes do MC, durante o Projeto Amor Perfeito já acontecia a visita acompanhada das gestantes de alto risco à Unidade Neonatal. Certa vez uma médica ficou extremamente irritada em ver o casal grávido na

unidade, não autorizando a visita. Segundo a médica estavam fazendo os bebês de “cobaia”. Glória/Terapeuta Ocupacional solicitou a médica para que conversassem depois, não na frente dos pais, mas ela mesmo assim se alterou e não autorizou a visita. Posteriormente, somente com a médica, Glória/Terapeuta Ocupacional explicou que as coordenações médicas e de enfermagem estavam cientes deste projeto de humanização. Destacou ainda que “fazemos os bebês de cobaia quando vamos intubar pela primeira vez sem segurança ou conhecimento, mas que a visita não oferecia risco nenhum aos bebês”. Em tempo, ela lembra que houve uma época em que apenas dois médicos eram neonatologistas e sabiam intubar. Os demais eram pediatras, que literalmente se benziam e benziam os bebês antes de cada tentativa “eles tinham medo, não sabiam, alguns falavam abertamente sobre isso”.

Glória/Terapeuta Ocupacional também falou de quando abriu a UCINCa, a resistência que foi para a equipe de enfermagem “Pois foi uma decisão médica, e eles não queriam nem saber se tinha ou não tinha funcionários. A própria equipe de enfermagem não sabia ao certo qual era o seu papel lá dentro. Acontecia delas deixarem a mãe e o bebê lá sozinhas no início e voltarem para a Unidade Neonatal”.

Glória/Terapeuta Ocupacional contou ainda sobre as brigas de ego que existiam e existem na instituição. Sobre a necessidade que algumas colegas têm de se destacar, sobressair. Contou que foi muitas vezes discriminada no grupo. Discuti com ela o racismo que também é forte na instituição.

Relatou que por vezes reportou-se à coordenação de enfermagem para questionar sobre ações da nova equipe técnica de enfermagem, que não pesavam mais o bebê enrolado, que não faziam medidas de contenção, que não estimulavam as mães de pré-termos extremos quanto a ordenha. A resposta que sempre recebia da coordenação de enfermagem era: a coordenação médica não tem nenhuma queixa. “Era algo tipo “quem é você para achar alguma coisa”. Então eu parei e não fui mais na UN”. A participante contou ainda que devido seu distanciamento da Unidade foi chamada na direção, e que ao explicar o porquê de sua postura e compreenderam.

Toda a entrevista original de Glória/Terapeuta Ocupacional foi validada após este segundo encontro.



22º Congresso Brasileiro de Perinatologia. Brasília, novembro/2014. Zaira/Psicóloga, eu, Glória/Terapeuta Ocupacional, Dra. Zeny Lami, Zaira/Assistente Social e Enfa. Rosangela/MDV.



22º Congresso Brasileiro de Perinatologia. Brasília, novembro/2014. Na foto: eu, Glória/Terapeuta Ocupacional, Zaira/Assistente Social, Enfermeira Rosângela/MDV. Apresentação de Relato de experiência: “Reflexão sobre a prática assistencial em uma Unidade Neonatal Referência para o Método Canguru”. Autoria: Rosangela Pereira; Luana Cláudia dos Passos Aires; Fernanda do Amaral Verbinen Nunes; Giséle Gomes Floriani; Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha.

Documentos Obtidos:

- Fotos antigas (1995/1996) da UN, início do uso das capas protetoras das incubadoras e ninhos de contenção.
- Fotos de mães com seus bebês em Canguru.
- Fotos mostrando a inclusão e a participação dos pais na UN.
- Uma foto de Glória/Terapeuta Ocupacional oferecendo a dieta a um RN na incubadora.
- Sala das mães amamentando.
- Uma lâmina de retroprojektor de slide de um RN, usado no primeiro curso da MDV (1998/1999).

25/03/2019 – Sexta Entrevista Enfermeira Glória/Enfermeira

Eu estava de férias da maternidade e fui para Gramado/RS de carro com meu marido. Nos organizamos para na volta passar por Tubarão para entrevistar os personagens importantes para a implantação do Método no Estado.

Busco iniciar a coleta por Glória/Enfermeira, conforme indicação feita por Zaira/Psicóloga. Tento primeiramente contato telefônico para agendar a entrevista. Sinto bastante dificuldade em contatar Glória/Enfermeira, pois pró-ativa como é e com múltiplas atribuições na instituição, está toda hora de um lado para o outro. “Está no BLH”, me informavam, “Foi para o alojamento” em outra tentativa.

Glória/Enfermeira se mostra disponível para realizar a entrevista no mesmo dia. Recebe-me muito carinhosamente, bem animada, muito alegre, calma e doce, quer me mostrar toda a instituição, toda a equipe. Percorremos pelo BLH, Unidade Canguru, Alojamento Conjunto.

Glória/Enfermeira me conta que são realizadas as três etapas do Método na instituição. Passo para ela a relação de tutores que recebi de Zaira/Psicóloga e sou informada que a

maioria não trabalha mais na instituição. Reflito sobre como é difícil implementar algo com tanta rotatividade de funcionários. Mesmo assim conseguiram manter as três etapas ativas.

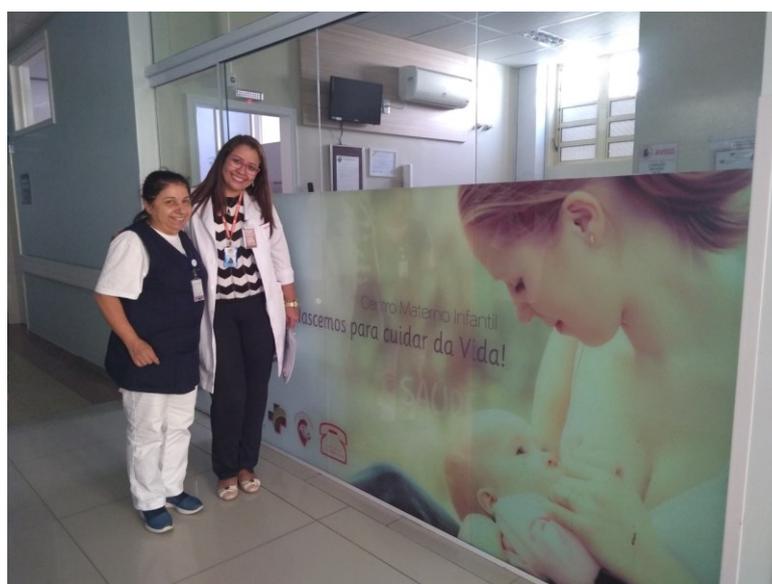
Glória/Enfermeira compartilha comigo sua vasta experiência como Enfermeira do hospital, contando sua trajetória no Método Canguru. Chama a atenção ao fato de ao ser convidada para participar da pesquisa, Glória/Enfermeira refere não participar mais do Método. No entanto, em suas falas durante a entrevista ficam evidentes suas atuações na segunda e terceira etapa, além de atuar orientando a equipe para a primeira etapa.

Quando questionada sobre a relação de poder/hierarquia para o MC, Glória diz não existir. Porém após a entrevista faz um relato: “A gente sempre tenta ajudar, fazer o que está ao nosso alcance. Uma vez veio uma mãe, com um bebê de dois meses que estava com dificuldade para amamentar. O bebê jogava a cabeça para traz quando a mãe colocava no peito. Falei “mãe, põem seu bebê para mamar para eu ver”. E realmente. Eu disse: “mãe, não é a minha ajuda que você precisa” e encaminhei para o pediatra. Depois veio o pediatra falar comigo: “sabe aquele bebê que você me encaminhou? Ele estava com uma baita infecção de ouvido”. Eu sabia, mas eu não falo né, porque eles não gostam. Às vezes eu vejo um bebê icterico e falo “doutor, vem cá, não sei se são meus olhos (ri), mas dá uma olhada nesse bebê”, e então ele pede o exame para icterícia. Mas tem que ser assim, se não eles não gostam.

Ao finalizar a entrevista, Glória/Enfermeira me leva para conhecer a Gerente de enfermagem da instituição e a enfermeira coordenadora da Unidade Neonatal. Esta, por sua vez, se mostra extremamente irritada com o fato da realização da pesquisa e da entrevista, e nos encaminha para o departamento de ensino do hospital, que após encaminhado o projeto libera a realização sem ressalvas.

Ficam claras as relações de poder e saber nesse momento, no qual a coordenação (uma mulher jovem, segundo informação estava há três meses na Unidade Neonatal) se vê incomodada por sua funcionária, sua subordinada, ser personagem do estudo.

Enquanto uma contém todo o saber de 40 anos de história na profissão, a outra detém do poder.



Com Glória/Enfermeira no BLH do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão.
25/03/2019.



Com Glória/Enfermeira na Unidade Canguru – Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão. 25/03/2019.



Fachada do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão. 25/03/2019.

21/10/2020 – Sétima Entrevista Enfermeira Sônia/Enfermeira

A enfermeira Sônia me recebeu na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Ficou bem feliz de participar da entrevista, postou no Instagram esta participação.

Contou sobre as dificuldades que foi implementar o MC no HU, e as lutas e resistências enfrentadas pelo grupo. Mas também contou as alegrias e conquistas ao realizar o atendimento ao bebê pré-termo e sua família de modo humanizado, chegando muitas vezes a se emocionar e ficar com os olhos marejados.

Sônia contou ainda que utiliza os conhecimentos de humanização em seus trabalhos no CAPS do Pantanal/Florianópolis, inspirada no Canguru com relação ao desenvolvimento de empatia, autonomia e restabelecimento de vínculo.



Com Sônia na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – 21/10/2019.

21/10/2019 – Oitava entrevista Dr Halei/Médico - Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

Dr Halei me recebeu na Secretaria Estadual de Saúde, muito gentil e alegre. Contou sobre o surgimento do Método no Estado e a participação da gestão nesse processo. Enfatizou a fragilidade do Estado no que diz respeito ao número de profissionais para atuar na área técnica de saúde da criança. Considerando os diversos Programas e Políticas existentes, é inviável a execução e monitoramento de todos ao mesmo tempo (Halei trabalhou por muitos anos sozinho na área técnica, atualmente estão em dois profissionais, o que ainda é defasado).



Com Dr Halei na Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Florianópolis 21/10/2019.

Documentos Obtidos:

- Um documento de Excel de 2015, que traz um panorama das ações do MC em SC, contendo dados de 15 hospitais e maternidades do Estado (Obs: O HU/UFSC não entrou por ser federal). Destas instituições todas responderam ter participado de curso de Método Canguru e Capacitação de Tutor, dez realizaram Curso de Sensibilização. Nove serviços informaram ter realizado cursos de capacitação, considerando a presença de tutores em todas as instituições. Destes serviços apenas a Maternidade Darcy Vargas referiu realizar as três etapas do Método conforme preconiza o MS, dois realizavam a segunda etapa e sete a primeira. De forma parcial quatro serviços informaram realizar a primeira etapa, cinco a segunda (embora sete informaram possuir UCINCa) e um a terceira. Não há informações com relação às etapas de um hospital. Estes dados foram preenchidos pela própria instituição, com uma série de vieses, como por exemplo, houve um serviço que relatou não realizar a primeira etapa, mas realizar parcialmente a segunda e realizar efetivamente a primeira.
- Fluxograma Canguru e Projeto de Implantação do MC do Hospital São Paulo.
- Plano de Implementação do MC do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen.
- Listas de Presenças de Cursos.
- Listas de relações de tutores por cursos de tutoria.
- Um ofício do MS datado 05/06/2013 convocando três representantes do Estado (sendo duas vagas custeadas pela federação e a terceira deveria ser custeada pelo Estado se houvesse interesse) para o III Encontro Nacional sobre o Método Canguru em Brasília, nos dias 18, 19 e 20 de setembro de 2013.
- Um ofício do MS datado 15/07/2014 convocando três representantes do Estado (sendo duas vagas custeadas pela federação e a terceira deveria ser custeada pelo Estado se houvesse interesse) para o IV Encontro Nacional do Método Canguru que aconteceu em Brasília durante o XXII Congresso Nacional de Perinatologia, nos dias 19, 20, 21 e 22 de novembro de 2014.
- Um ofício do MS datado 29/01/2015 solicitando o apoio e participação da gestão estadual para a realização do Curso: Método Canguru e a Atenção Básica: Cuidado Compartilhado. Este curso objetivou formar tutores para capacitar profissionais de saúde da atenção básica. Foi requisitada a indicação de 30 participantes com perfil de liderança, facilidade para ministrar aulas e disponibilidade para participação nos cursos de sensibilização que ocorrerão posteriormente para capilarizar o Método em seu Estado.

04/11/19 - Nona entrevista Márcia/Enfermeira

Márcia está aposentada do HU/UFSC, optamos por nos encontrar na sala do grupo de pesquisa GRUPESMUR. Márcia tem uma experiência vasta no Método, sendo uma das pioneiras da história do MC no HU/UFSC.

Com uma visão mais madura sobre como ocorrem os processos de relações, Márcia fala sobre a implementação do Método no HU/UFSC.



Com Márcia na sala do GRUPESMUR/UFSC/Florianópolis. 04/11/2019.

Documentos Obtidos:

- Fotos da UN do HU/UFSC e da caminhada do dia internacional de sensibilização para a prematuridade

12/11/19 – Décima entrevista Dra. Anelise/Médica

Dra. Anelise gentilmente me recebeu na sala do serviço de Pediatria do HU/UFSC. Apresenta uma visão mais objetiva e prática do Método. Acredita que o processo de disseminação já ocorreu, não há mais por que disseminar. O que se precisa agora é atuação das gestões internas locais para a exequibilidade do Método conforme preconiza o MS nos serviços.



Com Dra. Anelise, HU/UFSC/Florianópolis. 12/11/2019.

20/11/19 Primeiro encontro de tutores do MC de SC

No dia 20 de novembro de 2019 ocorreu um evento histórico para o MC no Estado de Santa Catarina. Aos passos de completar 20 anos de Política Pública no Estado, foi a primeira vez em que se organizou um encontro de Tutores do MC no Estado.

Representando a MDV foi a Assistente Social Zaira. Eu fui enquanto pesquisadora do Método, até porque não sou tutora. A crítica que se observou do evento foi o curto prazo de divulgação, em cerca de uma semana foi lançada a convocação, sem o tempo suficiente para que os personagens envolvidos de todo Estado pudessem se organizar para estarem presentes.

Participaram representantes de diversos serviços, da área hospitalar de todas as regiões do Estado e da Atenção Primária (estes em número significativo, dos municípios São Jose, Tijucas, Florianópolis, Palhoça). Foi realizada uma apresentação de cada participante, que deveria também contar sobre as ações do Método em sua instituição. Foi constatado o que já se vinha identificando nas entrevistas: que o Estado ainda apresenta uma grande dificuldade em implementar as três etapas do Método de forma homogênea.

Destaca-se a grande presença de instituições das cidades próximas à Florianópolis, que temos o CRN. No entanto, questiona-se o porquê nos serviços como o Hospital Regional de São Jose e a Maternidade Carmela Dutra o MC não acontece, que estão tão próximos e teriam muito apoio do CRN.

No período da manhã ocorreu então a reunião de tutores, com o objetivo de identificar como estão as ações do Método em cada serviço e criar estratégias para o fortalecimento do Método no Estado. Foi decidido manter a realização de um encontro anual de Tutores, facilitando o monitoramento.

Foi destacada a necessidade de monitorar a produção dos tutores, uma vez que há muitas pessoas capacitadas no Estado, mas não mais na prática, resultando em poucas ações. Como uma dificuldade foi destacada a alta rotatividade dos profissionais.

Para este monitoramento espera-se destacar: o número de tutores ativos, as atividades realizadas (palestras, oficinas, tutorias, atividades com as famílias), a nível local, regional e estadual. Foi solicitado que os hospitais realizassem o *check list* da autoavaliação das três etapas do MC. Estes dados de monitoramento ainda são escassos, limitados aos Centros de Referência.

Foi divulgado que Florianópolis sediará o próximo Congresso de Perinatologia em setembro de 2020, que contará com a presença da Dra. Zeni Lamy. Zaira/HU informou ainda que a portaria de 2007 está sendo atualizada e será reformulada para 2020, tendo como foco principalmente adequar as questões de leitos e financiamento dos mesmos.

Considerando a necessidade de se instituir no Estado um canal de comunicação entre o hospital X UBS, estão sendo pensadas estratégias para este fim. Foi criado um grupo de *WhatsApp* com representantes regionais do Método, escolhidos durante o Encontro (para formarem núcleos de fortalecimento regionais). O objetivo é futuramente criar uma comissão institucional do MC, rede Estadual do MC e rede local, estabelecida por portaria do Estado.

Destacou-se que para as ações de fortalecimento do MC no Estado além da capacitação profissional (pois capacitados já foram) depende de empenho pessoal.



• NOVEMBRO ROXO •

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

DIA 20/11/19 | Encontro dos Tutores do Método Canguru

08:15 às 09:30hs - Experiências das instituições

09:30 às 10:15hs - Monitoramento do Método Canguru em Santa Catarina

10:30 às 11:30hs - Apresentação de temas específicos

11:30 às 12:00hs - Portarias e atualizações no Método Canguru

Seminário Científico

13:30 - Abertura

13:45 às 14:30hs - Prematuridade: é possível prevenir?

Palestrante: Mário Jílio Franco - Médico e Professor (HU/UFSC).

14:30 às 15:15hs - Incidência, sobrevivência, problemas clínicos agudos e crônicos no contexto da prematuridade

Palestrante: Carlos Eduardo Andrade Pinheiro - Professor do Departamento de Pediatria/UFSC.

15:40 às 16:20hs - Boas práticas no cuidado do recém-nascido pré-termo: uma abordagem a partir do Método Canguru

Palestrante: Rita de Cássia Pires - Fisioterapeuta do Hospital Regional de São José

16:20 às 17:00hs - Prematuridade e suas repercussões no processamento sensorial: a importância da identificação precoce

Palestrante: Débora Evelin Felix Quirino de Almeida - Terapeuta Ocupacional da Unidade Neonatal do HU/UFSC

Local: Auditório da Associação dos Municípios
Rua Cândido Ramos, 250 - Capoeiras, Florianópolis.

Inscrições: <http://bit.ly/2M3Dovv>

Realização:

Apoio:





Com Zaira/Assistente Social – Primeiro Encontro de Tutores do MC em SC. 20/11/2019.



Primeiro encontro estadual de tutores.

22/11/2019 – Décima primeira e décima segunda entrevista. Enfermeira Camila e Dr Osmar

Inicialmente realizei a entrevista com a Enfermeira Camila, a qual contou entusiasmada e com brilho no olhar todas as conquistas que vem alcançando na instituição com relação às ações de humanização para o Método. Camila aponta dificuldades e resistências, que são ainda mais significantes considerando que se trata de um serviço de saúde de administração privada. No entanto seguem convictos dos objetivos do Canguru,

enfrentando as adversidades, pois acreditam na causa e acreditam que os bebês merecem esse cuidado “Tenho ciúmes deles” (Camila ao se referir dos bebês Cangurus).

Camila me mostrou toda a parte da neonatologia da instituição, em seguida encontramos Dr Osmar, que prefere realizar a entrevista na presença da Enfermeira Camila. Dr Osmar foi pioneiro no atendimento neonatal na instituição, realizando a internação do primeiro bebê na unidade. Coordenou por muitos anos as ações do MC no Estado, destacando a importância do papel da Enfermeira em sua entrevista.

O Hospital e Maternidade Jaraguá estava todo decorado para o mês da prematuridade. Camila contou toda orgulhosa sobre a decoração que fez junto com sua equipe.

***Documentos Obtidos:**

- Livro de Relatórios do MC na instituição, contendo registros desde o início da implantação do MC na instituição, a começar pelo curso de 40 h realizado no HU no qual foi a equipe multidisciplinar do hospital.
- Folder explicativo da instituição sobre o que é o MC.
- Folha de registro da segunda etapa, que continha dados como hora de início e término da Posição Canguru (tempo de pausa), temperatura do bebê, coloração, alimentação, sinais vitais, intercorrências, conforto da mãe.
- Folha de registro da terceira etapa, contendo a data de retorno, medidas antropométricas, avaliação e conduta, diagnósticos, medicações em uso e data da alta do seguimento.
- Dados do primeiro bebê em Posição Canguru, tempo, sinais vitais, ...
- Cartas e fotos de agradecimentos de bebês egressos da unidade.
- Fotos antigas de profissionais do serviço.



Com Camila e Dr Osmar – Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



UCINCa - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



UCINCa - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



UCINCa - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



Recepção - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



Recepção - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.



Recepção - Hospital e Maternidade Jaraguá. 22/11/2019.

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISSEMINAÇÃO E FORTALECIMENTO DO MÉTODO CANGURU NO ESTADO DE SANTA CATARINA (1996-2015)

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03518418.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.091.461

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência relativo a Tese de Doutorado orientada pela Profa. Dra. Roberta Costa do Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Os pesquisadores pretendem desenvolver uma Pesquisa sócio-histórica com abordagem qualitativa, fundamentada nos aspectos teóricos-filosóficos de Michel Foucault, a partir da História Oral (temática) e Pesquisa Documental, com objetivo de Compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2015. As fontes orais deste estudo serão as pessoas indicadas pelas coordenações do Centro de Referência Nacional e do Centro de Referência Estadual, a partir da técnica de snow ball.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como se instituíram as práticas de cuidados do Método Canguru no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2015.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as instituições que desenvolvem o Método Canguru no Estado de Santa Catarina;
- Mapear como ocorreu a disseminação da Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso no Estado de Santa Catarina;
- Identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde para a implementação do

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: 3.091.461

Método Canguru no Estado de Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos não é isenta de riscos aos participantes do estudo. No entanto, a pesquisadora atuará de forma a corrigir/reduzir eventuais danos a que o participante possa estar exposto, como o de constrangimento ao responder alguma questão, podendo recusar-se caso não se sinta confortável. As pesquisadoras incluíram a possibilidade de mobilização emocional referente ao tipo de pesquisa a ser executada.

Benefícios:

Quanto aos benefícios relacionados à participação na pesquisa, estes são indiretos. Entretanto espera-se que os resultados deste estudo forneçam informações importantes sobre o processo de implementação e disseminação do MC em SC, contribuindo para o fortalecimento desta Política Pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A solicitações emitidas na pendência anterior foram atendidas. TCLE readequado conforme orientação da Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado a Resolução 466/2012.

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_1259374.pdf	10/12/2018 22:51:56		Aceito
Outros	Carta_de_Resposta.docx	10/12/2018 22:51:16	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Luana_Aires.doc	10/12/2018 22:47:46	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor 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: 3.091.461

Ausência	TCLE_Luana_Aires.doc	10/12/2018 22:47:46	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_Luana_Aires.doc	10/12/2018 22:33:41	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia_justificativaLuana.doc	21/11/2018 17:51:55	Roberta Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	21/11/2018 07:53:49	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	21/11/2018 07:51:37	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito
Outros	Carta_de_cessao_entrevista_Luana_Aires.docx	21/11/2018 07:50:45	Luana Cláudia dos Passos Aires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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