

BNDES SOCIAL

1 Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro

Marta Prochnik

Economista – Chefe de Departamento de Operações Sociais II do BNDES

Marcus Renato de Carvalho, IBCLC*

Professor de Pediatria – Faculdade de Medicina da UFRJ

Coordenador do site www.aleitamento.med.br

Rio de Janeiro

Setembro de 2001

BNDES

CARVALHO, Marcus Renato de.

Método mãe-canguru de atenção ao prematuro / Marcus Renato de Carvalho; Marta Prochnik – Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p. : il. – (BNDES Social; n. 1).

1. Método mãe-canguru. 2. Saúde infantil. 3. Prematuros. 4. Saúde pública. 5. Assistência neonatal. 6. Políticas públicas. 7. Desenvolvimento social. I. Prochnik, Marta. II. Título. III. Série.

Os artigos assinados são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do BNDES. É permitida a reprodução parcial ou total dos artigos desta publicação desde que citada a fonte.

DISTRIBUIÇÃO:

BNDES – Av. República do Chile, 100 – 8º andar

Rio de Janeiro – CEP 20139-000

Tel.: (021) 2277-7052 – Fax: (21) 2240-3749

e-mail: area_social@bndes.gov.br

Apresentação

Uma das formas de abordagem de projetos sociais é o estudo das chamadas “melhores práticas”, formas inovadoras de se tratarem questões sociais. Uma vez que se encontrem projetos inovadores e exemplares, é possível reproduzi-los em situações análogas, adaptando-os às realidades locais.

Com este intuito – detectar práticas sociais inovadoras e reproduzi-las –, o BNDES criou, em 1997, o Programa de Fomento e Divulgação de Projetos Sociais, que permite apoiar, com recursos não-reembolsáveis advindos do Fundo Social, as premiações, os projetos premiados e a divulgação de casos selecionados. No âmbito desse programa, o BNDES participa, desde 1997, da premiação “Gestão Pública e Cidadania”, realizada pela Fundação Ford e pela Fundação Getulio Vargas.

Em 1997, um dos finalistas foi o Projeto Mãe-Canguru, realizado pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – o IMIP. O método mãe-canguru de tratamento de prematuros e recém-nascidos de baixo peso consiste em retirar os bebês das incubadoras, desde que saudáveis, e mantê-los em contato pele-a-pele, com a cabeça próxima ao coração da mãe.

Os resultados são muito significativos em termos de estabilidade da temperatura e dos batimentos cardíacos do bebê, bem como do conforto proporcionado e da efetivação dos laços afetivos da mãe com o bebê. A proximidade permite também que a amamentação se realize, o que não acontece quando a mãe volta para casa deixando-o na incubadora.

O BNDES apoiou a expansão da enfermaria Mãe-Canguru do IMIP e, observando os benefícios do método, decidiu conduzir ações no sentido de apoiar sua divulgação no Brasil, já que os levantamentos realizados revelaram que as qualidades do método estendem-se a qualquer dupla mãe-bebê prematuro.

Essa constatação motivou o desenvolvimento de um projeto amplo de divulgação do método em todo o Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde, com o apoio do BNDES, em parceria com a Fundação Orsa.

Apresentamos nesta publicação a descrição do método Mãe-Canguru e seus benefícios, e registramos o processo que permitiu que o procedimento deixasse de ser apenas uma experiência limitada a algumas maternidades brasileiras e se tornasse uma política nacional de saúde pública.

“O Método Mãe-Canguru tem o mérito de aliar um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade a custos mais baixos, permitindo que se atenda a um maior número de bebês prematuros. É um excelente instrumento para a boa política de saúde do país.”

José Serra

Ministro da Saúde

Sumário

PARTE 1: O MÉTODO MÃE-CANGURU

O método Mãe-Canguru como um paradigma de atenção perinatal	9
Antecedentes	9
Caracterização	11
O método no mundo	15

PARTE 2: O MÉTODO MÃE-CANGURU NO BRASIL

Prematuridade e mortalidade infantil no Brasil	21
Mortes precoces	22
Assistência ao prematuro	24
A experiência Mãe-Canguru no Nordeste	29
A premiação	31
O Mãe-Canguru e o BNDES	33
O método Mãe-Canguru como uma “melhor prática”	34
O evento mobilizador	36
A adoção do método como política pública	39
O projeto de disseminação	41
O projeto	42
Perspectivas do método Mãe-Canguru no Brasil	45
ANEXO: NORMATIZAÇÃO	49
English Version	63

LA METODOLOGIA MADRE CANGURO rescata el derecho a la ternura, al respeto por los sentimientos del bebé y su familia convirtiéndose en un nuevo punto de partida, donde el pequeño ser, que lo necesita todo, recibe el amor, el calor y el alimento para el cuerpo, para el espíritu y para la vida – fundamentos inigualables para asegurar un adecuado crecimiento humano y divino.

Es en los brazos de la madre, en el nido de su seno, en donde el Prematuro recibe la mirada dulce y tierna, el arrullo que madurará su centro nervioso, y las voces armoniosas que le irán a trazar un nuevo lenguaje que, más tarde, se volverá universal, como ha sucedido a través de la historia de la humanidad...

Esta nueva forma de manejo y de generar vida nació en 1979, en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, cuando con observación, ciencia, experiencia y un uso racional de la tecnología se establece un manejo más humano para el niño y la niña de bajo peso al nacer.

Hoy... esa leche la de la vida, ese calor capaz de hornear al universo, y ese amor que trascenderá para siempre...se ha detenido sobre Brasil, empezando en Recife y extendiéndose por todo el país.

HÉCTOR MARTÍNEZ GÓMEZ

PARTE 1 O MÉTODO MÃE-CANGURU

“O Programa Mãe-Canguru é uma Luz de Esperança para milhões de crianças em todo o mundo que nascem prematuramente e com baixo peso.”¹

UNICEF

¹ UNICEF. Mother Kangaroo Programme. Ambulatory treatment for premature babies. Promotional Pamphlet, UNICEF, 1988, Bogotá, Colômbia.

O método Mãe-Canguru como um novo paradigma de atenção perinatal

Antecedentes

Em 1979, os doutores Héctor Martínez² e Edgar Rey Sanabria, do Hospital San Juan de Dios – Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia, iniciaram uma grande transformação na concepção e na forma de lidar com o recém-nascido prematuro e de baixo peso. Os recém-nascidos estavam sujeitos a uma situação crítica de superpopulação (mais de uma criança em cada incubadora), a infecções cruzadas e a ausência de recursos tecnológicos. O desmame precoce determinava a utilização de fórmulas infantis na alimentação dos bebês. A mortalidade neonatal era extremamente alta e o abandono materno, freqüente.

² Este querido, gentil e carismático neonatologista esteve no Brasil em várias oportunidades, difundindo o Programa Mãe-Canguru, e devemos a ele o conhecimento e a expansão vertiginosa desse método em nosso país. Juntamente com o seu amigo, Dr. Sanabria, o Dr. Martínez recebeu o Prêmio Sasakawa Health Prize, em 1991, durante a realização da 44ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (nota do autor).

Essas condições dramáticas fizeram os doutores Martínez e Sanabria criar o PROGRAMA MÃE-CANGURU, um trabalho pragmático que veio revolucionar a forma de tratar os bebês recém-nascidos de baixo peso e oferecer a essas crianças a possibilidade de crescerem mais saudáveis e com melhor qualidade de vida.

As condições de saúde existentes ao início do Programa Mãe-Canguru (e que ainda continuam a existir em alguns lugares do Brasil) foram descritas pelos doutores Martínez e Sanabria, da seguinte maneira:

“Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido de baixo peso era colocado em uma incubadora, às vezes compartilhada por um ou mais recém-nascidos... Na UTI do Instituto Materno-Infantil de Bogotá, não se permitia o acesso a pessoas estranhas, incluindo-se também a mãe, que só podia ver o seu bebê quando este recebia alta. Iniciávamos a alimentação com dextrose e com fórmulas infantis, de acordo com o peso. Uma vez tratada a patologia inicial e alcançado o peso satisfatório, o prematuro era então retirado da incubadora e colocado em berços especiais.

Programa Mãe-Canguru

Elementos básicos

Alta antecipada, possibilitando menor tempo de internação para recém-nascidos em boas condições clínicas, a despeito do critério de peso e da idade gestacional.

Amamentação exclusiva, com o leite da própria mãe, como única fonte de nutrição e proteção nos primeiros meses de vida.

Posição canguru para prover calor, amor, estímulos, evitar refluxos, apnéia e abandono.

Educação/informação das mães, dos pais e da família no cuidado com o prematuro. A informação sobre o assunto aumenta a auto-estima da mãe, dá-lhe confiança, enfim, faz diminuir uma eventual culpa por ela se sentir, de algum modo, responsável pela prematuridade do filho.

Acompanhamento ambulatorial para monitorar o crescimento e o desenvolvimento do lactente e continuar as ações de educação em saúde com a família.

O tempo de permanência no hospital variava muito, chegando a alcançar períodos de até três meses, quando a mãe ainda se recordava de seu filho e vinha reclamá-lo. A proporção de crianças abandonadas era muito alta devido à ausência total do estabelecimento de vínculo com a mãe. Sem contar a facilidade de contágio, os pobres mecanismos de defesa desses recém-nascidos e o grande volume de pacientes produziam uma alta percentagem de doenças infecciosas, especialmente gastroenterites, que conduziam à septicemia e à morte.”³

[3 Gómez, H.M.; Sanabria, E.R.; Navarrete, L.; Marquette, C.M. “Programa Madre-Canguru en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia”, em Primer Encuentro Internacional Programa Madre-Canguru, 1990.](#)

O Programa Mãe-Canguru, idealizado pelos doutores Martínez e Sanabria, consistia na diminuição do tempo de permanência do recém-nascido na incubadora, na colocação do bebê no colo da mãe, na posição canguru (contato pele-a-pele e postura preventiva ao refluxo e aspiração pulmonar), na alimentação exclusivamente ao seio e no acompanhamento ambulatorial especializado (“follow-up”).

A transformação mais importante consistiu em manejar os prematuros, não por seu peso, mas sim por suas condições clínicas, com alta o mais rápido possível, utilizando-se a posição canguru e o controle de seguimento no ambulatório. O recém-nascido é colocado junto ao seio materno, em contato pele-a-pele (para transmissão de calor e estímulo sensorial) e em posição

vertical, para se evitar o refluxo gastroesofágico e a conseqüente bronco-aspiração.

Em síntese: amor, calor e aleitamento materno são a essência do Programa Mãe-Canguru.

Ali, debaixo da roupa da mãe, o bebê permanece 24 horas por dia, inclusive durante o sono materno, quando a mãe dorme em posição semi-sentada. Para o seu asseio pessoal e outras necessidades, qualquer componente da família (devidamente orientado) toma o lugar da mãe. A proximidade íntima com a mãe, suas carícias, sua voz, suas batidas cardíacas, sua respiração e seus movimentos nos afazeres domésticos são estímulos para a respiração do bebê, evitando-se assim as apnéias. E todo esse contato contínuo, cálido e estreito desenvolve o vínculo e o apego entre a mãe e o seu bebê, e entre estes e sua família.

Essa revolução nos cuidados aos prematuros foi reconhecida internacionalmente com a chancela da UNICEF, que financiou a construção, nos jardins do IMI, de uma sede própria e especial, conhecida como a famosa “La Casita”, para o acompanhamento ambulatorial dos grupos-cangurus – as mães e seus bebês.

Na avaliação dos doutores Martínez e Sanabria, o Programa Mãe-Canguru é uma técnica que a equipe de saúde deve sempre propor, porém nunca impor.

Os médicos colombianos concluíram que algumas mulheres estão disponíveis, física e emocionalmente, apenas para o contato corpo-a-corpo (quando a mãe e o bebê permanecem vestidos), e não para o contato pele-a-pele, que é a base para a transmissão do calor e do estímulo sensorial.

CARACTERIZAÇÃO

Nas UTIs neonatais de maternidades equipadas, os chamados “cuidados convencionais” (principalmente a utilização de incubadoras) ao recém-nascido estão associados a uma importante redução da mortalidade neonatal. A utilização de tal tecnologia, porém, é restrita, devido a dificuldades na aquisição, distribuição, acesso, uso e manutenção de equipamentos e medicamentos, e ainda a dificuldades na participação de recursos humanos especializados.

Esses cuidados convencionais geram problemas também nos países ricos. Além de serem muito caros, contribuindo para o aumento dos gastos em saúde, separam a mãe do recém-nascido, dificultando o início adequado do aleitamento materno, e mecanizam a assistência, reduzindo o contato humano entre as mães, os filhos e os profissionais de saúde.

Resultados que surpreendem

1. No desenvolvimento dos bebês

De 1979 a 1986, o Instituto Materno-Infantil de Bogotá atendeu a 1.654 prematuros com peso inferior a 2.000 g, dentro do Programa Mãe-Canguru. Desse total, 65 prematuros receberam alta do hospital durante os primeiros três dias de vida e 87% (cerca de 1.440 crianças), durante os primeiros 14 dias de vida. O aumento do peso no primeiro ano superou 4,5 vezes o peso do nascimento (a média normal de aumento de peso é de 3,5 a 4,5 vezes). O aumento da altura no primeiro ano de vida foi, em média, de 28 cm (a média normal de aumento da altura no primeiro ano é de cerca de 25 cm). E, muito importante: o perímetro cefálico cresceu em média 14,5 cm no primeiro ano (a média normal de crescimento do perímetro cefálico no primeiro ano é de cerca de 12 cm).

A mortalidade global das 1.654 crianças atendidas pelo programa em ambulatório foi de apenas 6%, assim discriminados:

- dos 40 recém-nascidos com peso inferior a 1.000 g, morreram 9 (22,5% dos nascimentos);
- dos 413 recém-nascidos com peso entre 1.001 a 1.500 g, morreram 52 (12,6% dos nascimentos);
- dos 1.201 recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.000 g, morreram 44 (3,6% dos nascimentos).

2. Na economia dos recursos

Os custos dos cuidados a esses prematuros através do Programa Mãe-Canguru são consideravelmente baixos, por se tratar de um programa simples e natural, próprio de um país com recursos escassos. A comparação revela isso claramente:

- em um país desenvolvido, o custo de atendimento de um prematuro, que tenha 1.000 g de peso ao nascer, pode chegar a até US\$ 800/dia;
- em Bogotá, o custo de atendimento desse prematuro em incubadora é de US\$ 89/dia;
- no ambulatório do Programa Mãe-Canguru, o custo do atendimento é de apenas US\$ 2/dia.

O programa apresenta um modelo eficaz de cuidados com a saúde, com uma ótima relação custo-benefício, combinando o tratamento hospitalar com o ambulatorial/domiciliar, no qual se incrementa a sobrevivência do prematuro, melhora-se sua qualidade de vida e se evita o abandono, freqüente nesses casos.

O método Mãe-Canguru resolve a questão de como estabelecer tecnologias

neonatais apropriadas com maior nível de efetividade, eficiência e aceitabilidade sociocultural. A relação custo-efetividade do programa é bastante positiva porque ele oferece uma alternativa apropriada para permanências hospitalares prolongadas. O programa introduz um modelo com boa relação custo-benefício, cujo objetivo é aumentar as taxas de sobrevivência infantil entre bebês prematuros, bem como melhorar a sua qualidade de vida e prevenir o abandono.

O Mãe-Canguru é definido como o contato pele-a-pele entre a mãe e seu recém-nascido de baixo peso, contato esse prolongado e contínuo, que se inicia no hospital e pode ser mantido em casa, depois de uma alta antecipada, até que o bebê tenha cerca de 40 semanas de idade gestacional. Durante todo o período, a mãe deverá alimentar o bebê exclusivamente com o seu leite e receberá acompanhamento adequado por parte dos profissionais de saúde. O bebê é, em geral, colocado em posição supina, semidespido, entre os seios da mãe (posição de rã).

Durante as consultas ambulatoriais, tomam-se as medidas antropométricas (entre as quais peso, altura e perímetro cefálico) do lactente. Ele é examinado física e psicologicamente, sendo avaliado por uma equipe interdisciplinar, composta por neonatologistas, fonoaudiólogos, oftalmologistas, nutricionistas, otorrinolaringologistas, assistentes sociais, consultores de amamentação e psicólogos, recebendo as vacinas necessárias, além de ser submetido ao Teste do Pezinho. Os dados são anotados em um “cartão da criança” especial. As mães, pais e familiares participam de reuniões de grupos e recebem informações educativas sobre estimulação adequada, cuidados de puericultura, higiene e nutrição. A importância da amamentação é sempre enfatizada.

Tendo nascido como uma tentativa de se reduzir as elevadas taxas de mortalidade perinatal por infecção cruzada existentes em Bogotá, o método foi, antes de tudo, utilizado para responder a uma necessidade premente, sentida nos serviços de saúde de atendimento materno-infantil. O Mãe-Canguru não foi, inicialmente, submetido a nenhum estudo com metodologia científica de avaliação, tendo, por isso, sofrido críticas.

Hoje, porém, a eficácia do método Mãe-Canguru é reconhecida pela comunidade científica internacional, sendo ele utilizado em muitos países como alternativa parcial ou total aos cuidados convencionais com recém-nascidos de baixo peso e prematuros.

Nos hospitais com poucos recursos, ele pode contribuir para a diminuição da mortalidade neonatal intra-hospitalar.

Em situações em que há uma oferta de cuidados convencionais razoável, o

Mãe-Canguru promove o aleitamento materno, favorece o crescimento adequado do bebê, reduz a incidência de doenças graves até os seis meses de idade e contribui para diminuir custos.

Nos locais com amplos recursos, o Mãe-Canguru, além de favorecer o aleitamento materno, facilita a passagem mais precoce da incubadora ao berço, a alta antecipada, a estabilização mais rápida do controle da temperatura, da frequência cardíaca e da respiração, além da humanização dos cuidados intensivos neonatais.

O método tem sido aceito por mães e por profissionais de saúde em culturas e circunstâncias distintas e favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. Por todas essas razões, o programa está sendo recomendado em diversos países e em vários níveis de assistência.

O leite que vale ouro

O leite materno é extremamente rico e ajuda muito no desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso. Uma das maiores preocupações dos neonatologistas é com o aporte calórico ou energético do leite materno para os prematuros. O valor calórico do leite humano pode ser medido através da técnica do crematócrito, que consiste em coletar, com um microtubo, uma amostra de leite humano e rodar essa amostra em uma microcentrifuga. A partir daí, pode-se calcular o teor de soro e o de creme (gordura) presentes naquele leite.

Para alimentação do bebê, utiliza-se geralmente o leite materno posterior (ou segundo leite, fruto do reflexo da descida do leite, mediado pelo hormônio ocitocina), que é duas ou três vezes mais rico em lipídios do que o primeiro leite de peito. Para a realização da técnica do crematócrito, não é necessário um banco de leite.

De fato, se analisado através da abordagem de incorporação de tecnologias na área de saúde, o método contém todos os requisitos necessários para ser imediatamente utilizado pelas unidades neonatais. Os estudos mostram que o método:

- é uma forma segura de assistência ao recém-nascido prematuro;
- oferece vantagens em relação à assistência convencional, incluindo benefícios sociais, tais como participação da família e redução de custos;
- pode ser adaptado a diferentes culturas e tipos de hospitais.

Os maiores obstáculos para a sua implantação parecem ser a atitude e o desconhecimento dos profissionais de saúde, a infra-estrutura dos hospitais, os

problemas sociais das mães e das famílias e a falta de informações suficientes dos gestores sanitários, diretores e administradores dos hospitais sobre o assunto.

O método no mundo

A UNICEF foi a grande avalista internacional do método Mãe-Canguru no seu início, apoiando moral e financeiramente a implementação desta tecnologia na Colômbia e em outros países. Atualmente, o programa vem se desenvolvendo em todo o mundo, adaptado às necessidades médicas, sociais e até mesmo culturais de cada país. As formas de se aplicar o método Mãe-Canguru podem ser classificadas em três grandes modalidades, de acordo com o desenvolvimento socioeconômico do país⁴:

4 Charpak, N. ; Calume, Z.F. & Hamel, A. O método Mãe-Canguru. Pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1999.

- o método como alternativa parcial ou complementar à incubadora – assim ele é praticado principalmente na Colômbia, Bolívia, Equador, Guatemala, Peru, Moçambique, Argentina, Nicarágua e em algumas regiões do Brasil;
- o método como substituto total das incubadoras – assim ele é praticado no Zimbábue e em outros países africanos;
- o método como um processo de estreitamento do vínculo afetivo mãe-bebê nos serviços de neonatologia – assim ele é praticado na Grã-Bretanha, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá, França, África do Sul e Brasil.

Por que “Mãe-Canguru”?

O método Mãe-Canguru adotou o nome dessa espécie de mamíferos marsupiais originários da Austrália porque as crias nascem antes de completar ou levar ao fim sua gestação. Os bebês-cangurus têm, por isso, uma gestação extra-uterina. A natureza dotou as fêmeas dos cangurus de uma bolsa onde se completa o tempo de gestação: ali, os pequenos se aquecem e se alimentam até se fortalecerem adequadamente. As tetas da mãe, que ficam dentro da bolsa marsupial, produzem leites diferenciados: os recém-nascidos mamam nas tetas mais inferiores e os filhotes mais velhos, nas superiores, onde encontram o tipo de leite mais adequado às suas necessidades.

Aliás, os gambás, que são mamíferos existentes no Brasil, têm também um processo de gestação semelhante ao dos cangurus. Os gambás são aplacentários, em cujas bolsas marsupiais se acham as tetas, às quais se agarram 10 a 18 filhotes recém-nascidos, com pouco mais de 1 cm de comprimento, e lá permanecem até abandonarem a gambá-mãe. Por motivos semânticos, preferiu-se manter o nome “mãe-canguru” para o método no Brasil.

Afinal, que mulher desejaria ser chamada de mãe-gambá, por mais dedicada que a gambá-mãe seja na vida real?

Além do mais, o canguru é, há muito tempo, um símbolo para os neonatologistas. Desde a sua fundação, em 1947, o Centro Nacional de Puericultura de Paris tem como logotipo um canguru.

O filhote canguru nasce “premature” (do nosso ponto de vista), com apenas 13 mm: isto significa que ele é 12 mil vezes menor do que sua mãe. Ela o carrega durante 18 meses ou mais, dentro de sua bolsa marsupial. Esta é a gestação extra-uterina do bebê-canguru, onde o cordão umbilical é a teta materna. Por isso, a bolsa marsupial pode ser considerada uma verdadeira incubadora natural, dentro da qual o pequeno canguru permanece por um período cinco vezes maior do que no útero materno.

Não há, portanto, um método Mãe-Canguru único, consensual. As formas de operacionalização do método são diversas e variam de acordo com a cultura, as condições sociais e o desenvolvimento dos serviços de saúde nos quais ele é aplicado.

Na Colômbia, onde o programa começou, ele é essencialmente ambulatorial. Em Bogotá, por exemplo, não existe sequer uma enfermaria Mãe-Canguru, ou seja, o método é realizado no domicílio da mãe, com acompanhamento ambulatorial. Já no Brasil, o Mãe-Canguru está sendo aplicado predominantemente em hospitais.

Comprovação científica

Centros de estudos médicos de diversos países do mundo já realizaram trabalhos científicos sobre o Programa Mãe-Canguru, todos concluindo pela qualidade e a eficácia do método.

Um exemplo dessa comprovação é um artigo da revista especializada *Pediatrics*. Em 1993, o Programa Mãe-Canguru foi iniciado na Clínica Del Niño de Bogotá, na Colômbia. Este programa – que foi acompanhado pelo World Laboratory (uma organização não-governamental da Suíça) e pelo Instituto de Seguro Social (ISS), sob a coordenação das médicas Nathalie Charpak e Zita Figueroa de Calume – atendeu a mais de 8 mil binômios mãe-bebê-canguru até o ano 2000. Nesse programa, o manejo do recém-nascido prematuro é ambulatorial e se baseia em três componentes básicos:

- a posição canguru;
- a alimentação baseada principalmente no leite materno;
- a saída antecipada.

Parte da experiência foi publicada na *Pediatrics*⁵, revelando que o estudo aleatório e controlado demonstrou, cientificamente, que não existe aumento do

risco de morbi-mortalidade no método Mãe-Canguru em relação aos cuidados tradicionais de atendimento ao prematuro. O estudo demonstrou também que não há repercussão negativa sobre o crescimento somático dos bebês, que atualmente continuam sendo acompanhados até os sete anos de idade.⁶

5 Charpak, N.; Ruiz Peláez J.G.; Figueroa de Calume, Z.; Charpak Y. "Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants less than 2,000 grams: a randomized controlled trial." *Pediatrics Res. APS – SPR* 1997; 41:192^a.

6 O Inclen – International Clinical Epidemiology Network – concedeu um prêmio a este artigo, por ser o melhor publicado pelo jornal *Pediatrics*, em 1997-1998.

Outros trabalhos de elevada qualidade científica, que comprovaram de forma clara a eficácia do método Mãe-Canguru, foram os seguintes:

- Kangaroo mother method: randomized controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infant.⁷

7 Sloan, Nancy L.; Camacho, Lenin W. Leon; Rojas, Ernesto Pinto; Stern, Claudio. "Kangaroo mother method: randomized controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infant". *Lancet* 1994, v. 344: 782-785.

- Kangaroo mother care for low-birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings.⁸

8 Cattaneo, A.; Davanzo, R.; Worku, A.; Sujorno, A.; Echeverria, M.; Bedri, A.; Haksari, E.; Osorno, L.; Gudetta, B.; Setyowireni, D.; Quintero, S.; Tamburlini, G. "Kangaroo mother care for low-birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings". *Acta Paediatrica*, 1998, v. 87: 976-985.

No mundo, nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar o primeiro ano de vida. Nove em cada dez recém-nascidos, com peso inferior a 1kg ao nascer, morrem antes de completar o primeiro mês de vida.

UNICEF

PARTE 2 O MÉTODO MÃE-CANGURU NO BRASIL

Prematuridade e mortalidade infantil no Brasil

A mortalidade infantil no Brasil encontra-se em declínio há algumas décadas. De um coeficiente de 85,0 por mil nascidos vivos, no início dos anos 80, a mortalidade infantil caiu para cerca de 34,6 por mil em 1999, o que significa uma expressiva redução de 59,3% no período considerado. Os dados são do IBGE, publicados em 2001, e mostram que a taxa de mortalidade infantil no Brasil está muito próxima da meta de 33,0 por mil, estabelecida pela ONU para o ano 2000.

Apesar da significativa queda da taxa registrada em todo o país nesse período, observa-se um índice de mortalidade maior no grupo neonatal (com até 27 dias de nascimento), comparativamente aos resultados mais favoráveis apresentados pelo grupo pós-neonatal (de 28 dias até um ano). A partir de 1993, verificou-se maior incidência de mortes do grupo neonatal em relação ao pós-neonatal. Registrou-se uma estabilização ou mesmo um aumento do número de mortes entre os recém-nascidos, em comparação aos lactentes maiores. A redução mais expressiva da mortalidade verificada no grupo pós-neonatal era esperada, devido à implementação de ações básicas de saúde e de melhorias sanitárias.

Na última década, os esforços para a diminuição da mortalidade infantil estiveram mais voltados para o combate à desnutrição e às doenças diarréicas, às infecções respiratórias e às doenças preveníveis por vacinação, problemas esses que estão mais presentes nas crianças depois do primeiro mês de vida. Por essa razão, obteve-se maior redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal. De acordo com os dados do IBGE, a participação das doenças parasitárias e infecciosas caiu de 13,5% para 11,0% no total da mortalidade infantil, enquanto a incidência das afecções perinatais cresceu de 41,5% para 50,7%.

A mortalidade no período perinatal representa, assim, o principal contingente dos óbitos nos menores de um ano, e a sua redução aparece como um desafio, não só para os serviços de saúde como para a sociedade em geral. Sabe-se que as causas subjacentes desses óbitos estão intimamente vinculadas às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida da mulher e da família, principalmente à qualidade da assistência prestada durante a gestação, parto, pós-parto e cuidados imediatos ao recém-nascido. Assim sendo, é de vital importância a promoção de intervenções multissetoriais, direcionadas a oferecer melhores condições de vida e de saúde às mulheres, tanto como direito e necessidade das próprias mulheres quanto para a garantia do nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos.

Mortes precoces

A maioria das mortes no primeiro mês de vida refere-se ao período neonatal precoce, ou seja, na primeira semana de vida, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida, que representam cerca de 36% dessas mortes. A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país.

Ao contrário dos países desenvolvidos, onde a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a malformação congênita – uma intercorrência praticamente impossível de ser evitada –, no Brasil, a maioria dos óbitos perinatais é determinada pelas condições de atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, passíveis de serem enfrentadas pela atuação de profissionais e pelos serviços de saúde.

Entre as principais causas de óbito estão a prematuridade e suas complicações, como afecções respiratórias do recém-nascido, membrana hialina (imaturidade pulmonar), asfixia intra-uterina e intraparto, baixo peso ao nascer, traumatismo obstétrico e infecção intra-uterina.

Estudos realizados em Pelotas, Rio Grande do Sul, mostraram que um bebê que nasce com menos de 2.500 g (com baixo peso) tem 18 vezes mais risco de morrer no primeiro ano de vida, quando comparado a recém-nascidos que apresentam peso maior. Sabe-se que o baixo peso ao nascer é um dos fatores determinantes de óbitos neonatais. Entre as mortes ocorridas até o sétimo dia de vida no país, e com atestado de óbito onde o peso ao nascer foi declarado, 70% ocorreram entre os recém-nascidos com peso inferior a 2.500 g.⁹

9 Ministério da Saúde. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília, DF, 1999.

Nos países desenvolvidos, as taxas de Baixo Peso ao Nascer (BPN) estão entre 5% a 6%, enquanto no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-1996), a prevalência de BPN é de 9,2%, ultrapassando 10% na zona rural. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que as taxas de BPN encontram-se em torno de 12%, chegando a 14% no Nordeste, e a 17% em áreas rurais.¹⁰

10 WHO. Low-birthweight. A tabulation of available information. Maternal Health and Safe Motherhood Programme (WHO/MCH/92.2), Geneve, 1992.

As prevalências de baixo peso ao nascer encontradas no Brasil, apesar de atingir a meta da Cúpula Mundial em Favor da Infância, de alcançar taxas menores de 10% dos nascidos vivos, ainda são insatisfatórias, principalmente se considerarmos que os países desenvolvidos têm taxas em torno de 5%.

Além disso, o baixo peso ao nascer é um bom indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, haja vista que grande parte de seus fatores casuais (prematuridade, infecções durante a gravidez, tabagismo, gravidez precoce e intervalo interpartal menor que dois anos) é, na sua maioria, passível de controle, com uma atenção adequada à mulher em idade fértil.

**PREVALÊNCIA DE BAIXO PESO AO NASCER (< 2.500 g)
SEGUNDO REGIÕES E SITUAÇÕES URBANA E RURAL.
BRASIL, 1989-1996.**

	PNSN 1989*	PNDS 1996**	Varição
I.	%	%	%
II. <i>Brasil Total</i>	10,1	9,2	-8,9
III. <i>Brasil Urbano</i>	9,6	8,6	-10,4
IV. <i>Brasil Rural</i>	12,3	11,0	-10,6
V. <i>Nordeste</i>	12,0	9,4	-21,7
VI. <i>Norte</i>	12,2	8,7	-28,7
VII. <i>Centro-Sul</i>	9,5	9,7	-4,3

* PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – refere-se às crianças menores de 5 anos, sobreviventes.

** PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – refere-se a todas as crianças nascidas nos 5 anos anteriores à pesquisa.

Uma avaliação das causas de internação e óbitos em menores de um ano, no Sistema Único de Saúde (SUS), em 1996, revelou que os principais fatores associados aos óbitos por causas perinatais são a prematuridade e o baixo

peso ao nascer, ambos representando 69% de todos os óbitos neonatais.

As precárias condições de vida das mães podem ser uma forte razão para o baixo peso ao nascer, bem como a ausência de um pré-natal de boa qualidade. Outro fator de risco importante é a prematuridade. A idade gestacional serve como indicador de risco para a mortalidade neonatal e está em estreita relação com o baixo peso ao nascer. Ou seja, os lactentes que nasceram antes do tempo têm maior risco de morrer. No estudo de Pelotas acima referido, 20% dos recém-nascidos prematuros morreram durante o período neonatal. Pode-se observar que, entre as mortes analisadas de 1990 a 1995, cerca de 30% foram de crianças com menos de 37 semanas de gestação.

Assistência ao Prematuro

Nos últimos anos, vem crescendo no Brasil o número de UTIs neonatais, permitindo um atendimento mais adequado aos casos de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Essa incorporação tecnológica sofisticada e cara deveria estar concorrendo para a diminuição da morbi-mortalidade neonatal. Porém, quando se observa a mortalidade causada pela doença da membrana hialina em UTI, nota-se que é quatro a cinco vezes maior do que em países do “primeiro mundo”. Essa diferença pode decorrer de muitos fatores, dentre os quais a menor quantidade de recursos, superlotação, a deficiência nos cuidados básicos com o recém-nascido (como termorregulação, alimentação e prevenção de infecções), além da falta de capacitação, quantidade e qualidade de recursos humanos especializados.

A reversão dos altos índices de mortalidade neonatal passa pela melhoria da qualidade dos cuidados imediatos aos recém-nascidos nas UTIs neonatais, unidades intermediárias e alojamentos conjuntos nas maternidades.

Na atualidade, com a sofisticação dos recursos tecnológicos, já é possível que recém-nascidos cada vez mais prematuros e de baixo peso sobrevivam. Porém, as condições de vida precárias de grande parcela da população brasileira, somadas à falta de acesso a um acompanhamento obstétrico pré-natal, fazem aumentar o número de bebês que nascem em condições de risco.

Prematuro – um ser especial

O recém-nascido prematuro possui características ou demandas próprias que precisam ser satisfeitas para que seu crescimento e seu desenvolvimento sejam completos. Entre as características principais do prematuro estão:

- pouca reserva de ferro (anemia) e calórica (carboidrato e gordura);

- alto metabolismo (grande velocidade de crescimento);
- gasto protéico elevado, em função do seu crescimento;
- necessidade elevada de glicose (energia e metabolismo neuronal);
- necessidade aumentada de gordura (desenvolvimento cerebral);
- maior perda de água;
- peristalse intestinal mais lenta;
- limitada produção de enzimas digestivas;
- presença de diversos fatores de estresse, tais como falta de oxigênio, infecções, distúrbios respiratórios, ruídos da UTI, punções, tubos, cateterismos, sono interrompido, separação e ausência dos pais.

Assim, pode-se verificar que o método Mãe-Canguru, associado a uma assistência médica adequada, pode melhorar muito as condições de saúde e de desenvolvimento dos bebês prematuros.

Os bebês prematuros possuem maior risco de adoecer, acometidos por enfermidades vasculares perinatais, como hemorragia cerebral e retinopatia da prematuridade, ou por distúrbios metabólicos, como hipoglicemia. Apresentam ainda dificuldade para manter a estabilidade térmica, gerando hipotermia. E têm também uma capacidade precária de serem alimentados, permanecendo várias semanas internados, demandando complexos recursos tecnológicos e humanos. Essas imaturidades do recém-nascido prematuro levam a uma alta mortalidade.

A separação do binômio mãe-filho, imposta nas UTIs convencionais, pode fazer com que a mãe do bebê prematuro e/ou de baixo peso não produza leite de peito e, assim, não tire, conserve nem administre essa alimentação especial e essencial para protegê-lo de infecções. Isso também gera desperdício desse precioso alimento e gastos com a compra de fórmulas infantis caríssimas. Embora a rede de bancos de leite humano no Brasil seja a maior do mundo, com 164 unidades, ela é ainda insuficiente para prover uma cobertura adequada. A separação do bebê também gera problemas do ponto de vista psicoafetivo, devido aos restritivos horários de visitas estabelecidos pelas dificuldades impostas no método convencional. Geralmente, esses pais criam baixo vínculo/apego com seus filhos prematuros, gerando muitas vezes abandono, ou futuras crianças negligenciadas e maltratadas.

Mãe prematura – um leite especial

Mãe de prematuro internado na Unidade Intermediária ordenhando seu leite no Banco de Leite Humano. Neste local, o leite é pasteurizado e conservado até que o bebê tenha condições de mamar direto no peito.

Cada mulher produz um leite específico para o seu bebê, mas a mãe do bebê prematuro produz um leite com baixo teor de lactose, o que facilita muito a

digestibilidade, porque os prematuros não têm lactase – a enzima que digere este açúcar especial.

O conteúdo do leite materno vai se modificando à medida que o recém-nascido cresce. O leite materno, principalmente o colostro, é riquíssimo em anticorpos – imunoglobulinas que o protegem contra infecções. Além disso, o leite materno possui outros fatores anti-infecciosos – como o interferon, hormônios, fatores de crescimento e componentes anti-inflamatórios. Bebês muito prematuros ou enfermos, que não possam mamar diretamente ao seio, podem se beneficiar de pequenas quantidades de leite materno, oferecidas em conta-gotas.

O atendimento aos recém-nascidos prematuros exige uma complexidade de equipamentos, medicamentos e pessoal bastante especializado, tornando extremamente caro para o país e para a sociedade esse tipo de assistência. Nos países pobres, as dificuldades para aquisição de medicamentos e de incubadoras e aparatos complementares, seu uso e manutenção, além da capacitação de pessoal em quantidade e qualidade, demandam enormes gastos públicos e privados. No Brasil, há um déficit de leitos em UTIs neonatais em todas as regiões do país, sem perspectivas de solução em médio prazo.

Os prematuros e recém-nascidos de baixo peso, indivíduos de extrema fragilidade, necessitam de cuidados muito especiais: mais aquecimento, maior apoio à amamentação, maior eficiência na identificação e no tratamento de infecções, mais contato com suas mães e pais, enfim, uma atenção particular de profissionais de saúde habilitados e assistência de alta qualidade dos serviços de saúde.

Em função das circunstâncias e das características do quadro médico-social acima diagnosticado, o método Mãe-Canguru de assistência aos prematuros e recém-nascidos de baixo peso apresenta-se como uma modalidade de cuidados ao bebê que pode colaborar para a diminuição desse grave problema de saúde pública no país, reduzindo significativamente as taxas de mortalidade infantil no primeiro ano de vida.

A experiência Mãe-Canguru no Nordeste

Desde 1994, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), maternidade que é referência para casos de gestação de alto risco, adota o método Mãe-Canguru. O Instituto, fundado em 1960, integra o SUS, atendendo crianças e mulheres das comunidades carentes de Recife e de outras regiões do estado, e é centro de referência regional, além de ser reconhecido pela humanização dos

serviços, especialmente no trato com mães e crianças.

O Instituto é dirigido pelo Dr. Fernando Figueira, médico especialista, conhecido por suas posições em defesa do aleitamento materno – que o fez, inclusive, proibir a entrada de latas de leite em pó e mamadeiras nas maternidades brasileiras quando foi Secretário de Saúde. No IMIP, é proibida também a entrada de mamadeiras e chupetas, pois prejudicam o estabelecimento da amamentação.

Foi nesse ambiente que se iniciou, em 1994, o Programa Mãe-Canguru, conduzido pela Dra. Geysi Lima. Da mesma forma que os pediatras colombianos, a pediatra começou a praticar o método para enfrentar uma situação crítica: o número de prematuros e recém-nascidos de baixo peso era maior do que o das incubadoras disponíveis.

No IMIP pratica-se o método Mãe-Canguru hospitalar, isto é, as mães permanecem na maternidade, acompanhando os bebês no período em que estão nas incubadoras, e ficam com eles durante a prática do Mãe-Canguru. As famílias vão visitá-los e podem também colocar em posição canguru os recém-nascidos. Durante a permanência na maternidade, as mães têm aulas de culinária, alimentação, trabalhos manuais e outras atividades.

A instalação de uma enfermaria Mãe-Canguru é uma revolução na forma de trabalhar: agora, as mães estão dentro do hospital, cuidando de seus bebês e observando os profissionais de saúde. Em um primeiro momento, o corpo profissional da maternidade pode até rejeitar aquela “invasão”; depois, ocorre em geral uma tentativa de repassar responsabilidades demais para as mães. O equilíbrio é conseguido com treinamento e muito diálogo.

Entre 1994 e 2000, cerca de 2.400 recém-nascidos foram Bebês-Canguru no IMIP. Atualmente, a maternidade está atendendo a 16 Bebês-Canguru simultaneamente.

A premiação

Em 1997, o projeto desenvolvido pelo IMIP foi um dos finalistas do concurso de projetos sociais, patrocinado pela Fundação Ford, juntamente com a Fundação Getulio Vargas e o BNDES.

O Prêmio Fundação Ford-Fundação Getulio Vargas de Gestão Pública e Cidadania tem por objetivo reconhecer as iniciativas inovadoras no tratamento de questões sociais.

A história do prêmio é muito interessante. Inicia-se nos Estados Unidos, durante o governo do presidente Ronald Reagan, como uma reação à noção de que apenas as organizações não-governamentais e as empresas privadas – e não os governos – realizavam bons trabalhos no setor social. A Fundação Ford inicia então a premiação, para detectar “best practices” (melhores práticas) de iniciativa de instituições de governos subnacionais – estados e municípios. No Brasil, a premiação realiza-se desde 1996, em parceria com a Fundação Getulio Vargas. O BNDES apóia a realização do concurso desde 1997.

Logo no seu primeiro ano de participação, a equipe da Área de Desenvolvimento Social do BNDES, presente ao evento, percebeu a força da prática e a eficiência do método Mãe-Canguru na humanização do atendimento neonatal a prematuros, motivo pelo qual selecionou o IMIP para ser apoiado com recursos não-reembolsáveis advindos do lucro do BNDES – o Fundo Social.

O Mãe-Canguru e o BNDES

Foi a partir do prêmio recebido pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) que o BNDES entrou em contato direto com o Mãe-Canguru. Os resultados apresentados pela utilização do método no Nordeste chamaram a atenção dos técnicos do Banco, que começaram a estudar o programa em detalhes, examinando a história da criação do Mãe-Canguru em Bogotá, bem como pesquisando e avaliando documentos e artigos científicos, e analisando os aspectos relativos à humanização dos procedimentos médicos, do aleitamento materno e de outros temas relativos ao assunto.

Depois de uma avaliação técnica, o BNDES financiou a expansão da enfermaria Mãe-Canguru no IMIP e decidiu conduzir ações, no sentido de apoiar, divulgar e disseminar o método por todo o país.

Os estudos realizados pelo BNDES revelaram que as qualidades do método Mãe-Canguru estendem-se a qualquer dupla de mãe/bebê prematuro, para qualquer nível de renda e para qualquer que seja a qualidade dos serviços médicos disponíveis.

E, além disso, o Mãe-Canguru apresentava outras vantagens específicas para comunidades de baixa renda ou maternidades sem muitos recursos. O somatório de todas essas qualidades transforma o Programa Mãe-Canguru em uma “best practice” (melhor prática), ou seja, uma intervenção de caráter social, com resultados expressivos e concretos para as comunidades nas quais o método é utilizado. Os benefícios oferecidos pelo programa abrangem atendimento social e conhecimentos sobre higiene e alimentação, superando em muito o conceito de um simples tratamento médico.

O método Mãe-Canguru como uma “melhor prática”

Uma das formas de as questões sociais serem abordadas é através do estudo das chamadas “best practices” (melhores práticas), isto é, o estudo de novas formas de lidar com um problema prático ou de oferecer um serviço à população – seja ele relacionado à saúde, à educação, ao meio ambiente ou a qualquer outro setor do campo social.

Uma das características principais da melhor prática é que a sua ação é inovadora, isto é, apresenta uma nova forma de se tratarem questões sociais, forma esta ainda não difundida ou mesmo desconhecida dos administradores de políticas públicas sociais.

Outra característica importante da melhor prática é a existência de um líder, alguém que decide inovar, romper com a inércia dos procedimentos já habituais para se tratar um determinado problema social.

Uma característica desejável é a possibilidade de essa nova forma de atuação poder ser repetida ou, se necessário, adaptada a situações semelhantes.

As melhores práticas reduzem os custos globais, previnem e minimizam os danos sociais e diminuem os futuros gastos governamentais. Nesse sentido, as melhores práticas reduzem custos, embora eles não sejam, necessariamente, mensuráveis de imediato.

Como já citado, o método Mãe-Canguru possui todas as características de uma “best practice”, formatando um projeto social de qualidade, com baixíssimo custo de implantação e manutenção, conforme as seguintes características:

- a introdução do método nas maternidades não exige grandes investimentos; ao contrário, trata-se basicamente de capacitação, uma vez que a mãe é a figura principal do programa;
- uma vez adquirida essa capacitação, pode-se atender a um grande número de mães e bebês;
- o método libera incubadoras para outros bebês, isto é, além de não ser “intensivo em capital” (ou seja, não precisar de grandes recursos), sua adoção implica uma necessidade menor de uso de equipamentos;
- estima-se que o custo da diária na maternidade, em uma enfermaria-canguru, seja 25% do custo em incubadoras;
- a estadia no hospital é menor, diminuindo o custo total do cuidado prestado ao prematuro;
- o aleitamento materno elimina contatos precoces do bebê com água não-potável, usada nas fórmulas para alimentação dos prematuros, e evita, conseqüentemente, a diarreia e outras infecções responsáveis por um significativo número de mortes na infância;
- fatores como o baixo nível de educação e de renda das mães e a grande incidência de mães adolescentes que dão à luz bebês prematuros devem ser levados em conta. Enquanto permanecem na maternidade, essas mães são ajudadas e instruídas sobre como cuidar do bebê prematuro, da alimentação, da higiene etc., diminuindo a incidência de morbi-mortalidade infantil;
- uma vez que não é incomum a morte dos bebês nas incubadoras devido a infecção hospitalar, o método pode ajudar a reduzir os índices de mortalidade por essa causa.

Por todas essas razões, pode-se concluir que, quanto mais pobre for a

comunidade, maior é o impacto do Programa Mãe-Canguru para os cuidados das mães e dos bebês prematuros.

Por isso, a aplicação do Mãe-Canguru não deve ser vista apenas como um procedimento médico, mas também como um programa social, com efeito positivo crescente para comunidades mais pobres. Foi desse modo que a equipe do BNDES constatou que o Mãe-Canguru era um método eficiente e eficaz – uma “best practice” –, que merecia ser adotado no país e divulgado entre as autoridades sanitárias e as comunidades.

O evento mobilizador

A divulgação inicial do Programa Mãe-Canguru pelo BNDES foi feita através de uma grande conferência sobre o tema. O objetivo do encontro não foi apenas divulgar, mas também avaliar o verdadeiro nível de interesse dos profissionais e autoridades da saúde no método.

A Conferência Nacional sobre o Método Mãe-Canguru, realizada em março de 1999, no Rio de Janeiro, foi um evento de enorme sucesso. Aberta pelo Ministro da Saúde José Serra, teve como principal conferencista o próprio criador do método, o médico colombiano Héctor Martínez. Estiveram presentes mais de 850 participantes de todo o Brasil, e o nível de interesse superou as expectativas mais otimistas. Além do Dr. Martínez, diversos profissionais já engajados no Programa Mãe-Canguru foram palestrantes na conferência patrocinada pelo BNDES.

Compareceram representantes de todas as áreas envolvidas na assistência de saúde para recém-nascidos, entre as quais secretarias estaduais de saúde, administradores municipais, conselhos de pediatria, maternidades terciárias, revistas médicas e grupos organizados de mães, além de centros universitários que trabalham com estudos relacionados ao método Mãe-Canguru, tais como de medicina, psicologia, enfermagem, fisioterapia e de fonoaudiologia.

Representantes de organizações internacionais que atuam na área de saúde e de apoio às crianças, entre elas a UNICEF e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), também estiveram presentes.

O êxito do seminário promovido pelo BNDES – comprovado pelo extraordinário número de participantes e pelo grande interesse do público nas palestras realizadas – deu ao Banco uma indicação segura de que o método Mãe-Canguru é um programa em condições de ser disseminado por todo o país e de obter excelentes resultados dentro dos objetivos a que se propõe – o atendimento adequado aos bebês prematuros e às suas mães.

A adoção do método como política pública

Depois da realização da conferência promovida pelo BNDES, em março de 1999, o Ministério da Saúde designou um grupo de pediatras para estudar o método Mãe-Canguru e avaliar a possibilidade de convertê-lo em política pública.

A Coordenação de Saúde da Mulher e da Criança do Ministério da Saúde estudou as diversas formas de aplicação do método e definiu quais procedimentos deveriam ser considerados quando uma unidade neonatal fosse iniciar uma enfermaria Mãe-Canguru.

Apenas oito meses depois da conferência no BNDES, o método Mãe-Canguru foi incluído na política governamental de saúde pública. O anúncio da inclusão foi feito em 8 de dezembro, Dia de Nossa Senhora da Conceição (Concepção), uma das santas preferidas dos brasileiros. Nesse dia, foi lançada a normatização do método Mãe-Canguru.

A partir dessa data, o Mãe-Canguru deixou de ser um processo médico alternativo e se tornou um procedimento de assistência médica, oficialmente reconhecido pelo governo brasileiro, hoje incluído na tabela SUS, isto é, um procedimento com remuneração garantida pelo governo.

Os 10 passos do Mãe-Canguru

Da mesma forma que na iniciativa Hospital Amigo da Criança, pode-se utilizar a estratégia mobilizadora e organizadora dos 10 passos para divulgação e disseminação do Programa Mãe-Canguru:

<i>Amigo da Criança</i>		<i>Mãe-Canguru</i>
<i>Política escrita</i>	<i>1</i>	<i>Política escrita</i>
<i>Pessoal capacitado</i>	<i>2</i>	<i>Pessoal capacitado</i>
<i>Gestantes informadas</i>	<i>3</i>	<i>Gestantes informadas</i>
<i>Iniciar ao nascimento</i>	<i>4</i>	<i>Iniciar o mais cedo possível</i>
<i>Demonstrar</i>	<i>5</i>	<i>Demonstrar</i>
<i>Aleitamento exclusivo</i>	<i>6</i>	<i>Contato pele-a-pele</i>

<i>Alojamento conjunto</i>	7	<i>Leito conjunto</i>
<i>Aleitamento materno livre demanda</i>	8	<i>Aleitamento materno acompanhado</i>
<i>Sem bicos/mamadeiras</i>	9	<i>Sem bicos/mamadeiras</i>
<i>Grupos de apoio</i>	10	<i>Grupos de apoio</i>

O projeto de disseminação

Para disseminar o Programa Mãe-Canguru, o Ministério da Saúde começou a produzir material e a oferecer treinamento para que as maternidades adotem o método. O BNDES, por sua vez, decidiu colaborar na ampla divulgação do método, para que ele fosse conhecido e aplicado em todo o país.

Em uma primeira fase, três organizações não-governamentais, que lidam com projetos sociais voltados para a saúde infantil, foram convidadas para uma reunião, na qual o Banco apresentou suas propostas de trabalho.

A Fundação Orsa interessou-se em participar do projeto e firmou uma parceria com o BNDES para a disseminação do Mãe-Canguru.

O Grupo Orsa é constituído por indústrias de papel e papelão ondulado, estando em quarto lugar entre as empresas no ranking nacional do setor. Possui unidades em Suzano, Paulínia, Alphaville, na Grande São Paulo, em Nova Campina, Manaus e Jari. Desenvolve trabalhos sociais não só nas regiões onde se localizam as suas unidades industriais, mas também através de ações independentes conduzidas pela Fundação Orsa, fundada em 1994.

O atendimento da Fundação se direcionou para um público formado por crianças e adolescentes, por considerar esse segmento altamente vulnerável e carente de apoio. O Grupo Orsa destina atualmente à Fundação 1% do faturamento bruto anual, que é de cerca de R\$ 300 milhões.

O projeto

O projeto relativo à disseminação do Programa Mãe-Canguru tem como objetivo principal divulgar o método e incentivar sua adoção e implantação,

prioritariamente nas maternidades que prestam atendimento ao SUS, através de:

- produção e divulgação de material informativo específico para os diferentes grupos de profissionais afeitos ao tema e para o público em geral;
- capacitação de pessoal através da realização de seminários e cursos;
- definição e incentivo à instalação de centros de referência regionais;
- formatação de programas de registro de dados e acompanhamento de desempenho;
- produção de material informativo para as mães e demais familiares envolvidos com os bebês;
- realização de conferências regionais.

Para a capacitação de pessoal, profissionais de saúde vão receber treinamento especializado para atuar como professores/multiplicadores do Mãe-Canguru, nos centros de referência do projeto, treinando outros profissionais de saúde.

Os bancos aliados

O Brasil possui a maior rede de bancos de leite humano do mundo. São 164 unidades, nas quais o leite materno – dentro de padrões de qualidade normatizados – é recolhido e submetido ao processo de pasteurização. A pasteurização permite que a mãe doe (sempre gratuitamente) o seu leite, que pode ser utilizado principalmente para os bebês que mais precisam – os prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

No Centro de Referência Nacional, no Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, o leite humano é liofilizado (desidratado), o que permite maior adequação às necessidades específicas do bebê que está internado. A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano existente no Brasil está capacitada para a realização da técnica do crematócrito, apoiando a humanização das unidades de tratamento intensivo neonatal.

Além disso, o projeto tem como objetivo acompanhar a implantação de centros de referência e produzir material específico para essas unidades. Os centros de referência são instituições de excelência, nas quais o método Mãe-Canguru está implantado ou em processo de implantação, isto é, instituições credenciadas pelo Ministério da Saúde, onde acontecerão os cursos de capacitação. Para a seleção desses centros, considerou-se a base já existente – as maternidades que já praticam o método e demonstram grande interesse e afinidade com o projeto – além da densidade populacional.

Para executar o projeto, foi criado um Comitê Diretivo Estratégico (CD), integrado por representantes do Ministério da Saúde, do BNDES e da Fundação Orsa. A esse comitê caberá definir estratégias e prioridades da execução do projeto, deliberando sobre as ações a serem desenvolvidas, considerando os aspectos técnicos, políticos, administrativos, financeiros e de marketing social, definindo estratégias de divulgação, eventos, relações com a mídia, bem como a realização de contatos institucionais.

Há também um Comitê Técnico e uma Secretaria de Apoio, esta última na Fundação Orsa. Cabe ao Comitê Técnico definir todo o conteúdo dos materiais, acompanhar sua execução e propor atividades e eventos do projeto.

Ainda dentro do projeto, está prevista a realização de cinco grandes conferências, nas diferentes regiões do Brasil.

Perspectivas do método Mãe-Canguru no Brasil

Apesar dos inúmeros benefícios proporcionados pelo método Mãe-Canguru – tanto no que se refere aos aspectos médicos, financeiros e principalmente como um método eficaz de cuidado aos prematuros e de redução dos índices de mortalidade nesse segmento –, ainda existem algumas resistências a serem superadas para sua plena aceitação e implementação no Brasil.

Avaliações de especialistas, realizadas no Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguru (Colômbia, em 1990), nos workshops internacionais (Itália, em 1996, e Colômbia, em 1998), no Encontro Nacional (Recife, em 1999) e na Conferência Nacional (Rio de Janeiro, em 1999), permitem definir, com um razoável grau de exatidão, quais são as condições facilitadoras hoje existentes e quais as possíveis barreiras para a aceitação e a implantação do programa no Brasil. Entretanto, deve-se considerar que, sob qualquer ângulo que se examine, o Mãe-Canguru é um sucesso, pelo grande número de programas em andamento – mais de 160 –, distribuídos por todo o país.

Condições favoráveis

- existência, hoje, de mais de 160 programas em andamento no Brasil;
- sucesso do I Encontro Nacional Assistência Mãe-Canguru, realizado em Recife, em janeiro de 1999;
 - êxito da Conferência Nacional sobre o método Mãe-Canguru, realizada no Rio de Janeiro, em março de 1999;
 - apoio da Área Social do BNDES na implantação física e na aquisição de equipamentos;
 - elaboração, pelo Ministério da Saúde, da Norma Método Canguru;¹¹
 - capacitação do Ministério da Saúde e implantação de centros de referência;
 - oportunidade de humanização dos cuidados aos prematuros;
 - existência de 174 Hospitais Amigos da Criança, que estão se integrando ao programa;
 - existência de 164 bancos de leite humano, que também podem apoiar o programa;
 - pesquisas em andamento, em instituições médicas, universidades e organizações não-governamentais;
 - eventos internacionais que manifestam apoio e comprovam a eficiência do programa, entre os quais:
 - Primer Encuentro Internacional em Bogotá, Colômbia, 1990;
 - Encontro Internacional em Trieste, Itália, outubro de 1996;
 - Encontro Internacional em Bogotá, Colômbia, dezembro de 1998;
 - Encontro Internacional em Jacarta, Indonésia, novembro de 2000;

– “Kangaroo Mother Care Guidelines”, da Organização Mundial de Saúde (no prelo);

- apoio da UNICEF, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS);
- participação da mídia na informação e divulgação do programa;
- utilização ativa da Internet em informações e debates sobre o programa, com a existência de diversos sites, fórum de informação e lista de discussão;
- apoio da Fundação Orsa e do BNDES para capacitação e difusão da norma e dos procedimentos do Programa Mãe-Canguru.

11 Ver ANEXO: “Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru”. Ministério da Saúde, Portaria 693/GM, julho de 2000.

Resistências

- ignorância sobre as vantagens e o impacto do método;
- falta de acesso à literatura científica sobre o tema;
- desconhecimento de algumas autoridades sanitárias e incipiente oficialização do método na Política Nacional de Saúde;
- pouco preparo, desmotivação, resistência e receio dos profissionais de saúde;
- corporativismo de alguns neonatologistas e intensivistas neonatais;
- forte organização do complexo médico-industrial: UTIs neonatais, equipamentos, drogas, fórmulas infantis especiais e aditivos (fortificantes) de leite humano;
- iniciativas isoladas de implantação;
- precárias condições das maternidades, especialmente as da rede pública;
- pouca difusão das normas nacionais e critérios consensuais;
- crença de que o programa destina-se a pessoas carentes e é principalmente uma alternativa para serviços de assistência médica com poucos recursos;
- preconceito em relação ao programa ter surgido na Colômbia, país sem grande tradição em pesquisa médica.

Felizmente, as resistências não estão impedindo o contínuo avanço do método Mãe-Canguru no Brasil. Entre 1999 e 2000, mais de 50 maternidades começaram a usar o Mãe-Canguru, algumas com base em estudos enviados pelo BNDES, em informações obtidas em outras conferências e através de intercâmbios informais. A partir do treinamento realizado pelo Ministério da Saúde, outras 100 maternidades já estão adotando o método, ainda que em diferentes graus de implantação.

Adotar o método Mãe-Canguru não requer uma nova tecnologia, nem significa uma ruptura com os padrões tecnológicos tradicionais, que necessitam de maiores investimentos para sua implantação.

Os estudos médicos e de avaliação social sobre o Mãe-Canguru mostram que o método representa, em essência, a recuperação do papel principal que tanto a mãe quanto o bebê desempenham diante das circunstâncias traumáticas por ambos vividas, pelo parto extemporâneo, com a presença solidária do grupo familiar e do apoio de uma equipe de saúde cuidadosa e qualificada. É possível iniciar gradualmente a prática do Mãe-Canguru, através da redução do peso e da idade limites para que o método seja aplicado, passo a passo, conforme os profissionais de saúde das maternidades forem ganhando experiência.

Em pouco tempo, é provável que todas as maternidades – inclusive as do setor privado – também venham a oferecer esse tipo de assistência. É importante a participação de todos na difusão desse método, em benefício da saúde e da qualidade de vida das mães e dos bebês prematuros.

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

ANEXO DA PORTARIA

Área da Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Secretaria de Políticas de Saúde
Ministério da Saúde
Governo Federal

Portaria nº 693/GM
Em 5 de julho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, resolve:

ART 1º Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

PARÁGRAFO ÚNICO A Norma de Orientação de que trata este Artigo integra o ANEXO desta Portaria.

ART 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Barjas Negri

ANEXO DA PORTARIA

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I INTRODUÇÃO

1 Esta norma deverá ser observada pelas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As Unidades que já desenvolvem o Método Canguru deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

2 Considerando que os avanços tecnológicos para diagnóstico e manuseio de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, melhoraram de forma extraordinária as chances de vida desse grupo etário e que o desenvolvimento adequado dessas crianças é determinado pelo equilíbrio entre o atendimento das necessidades biológicas, ambientais e familiares, cumpre estabelecer uma contínua adaptação, tanto da abordagem técnica quanto de posturas que resultem em mudanças ambientais e comportamentais capazes de promover a humanização do atendimento.

3 A adoção da estratégia do Método Canguru pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional, na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família.

4 As recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a adoção de condutas que visem atender adequadamente o recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego entre a mãe e a criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança, inclusive quanto ao manuseio e ao relacionamento familiar.

II DEFINIÇÃO

O “Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto.

Só serão considerados como “Método Canguru” os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

III VANTAGENS

- a) aumenta o vínculo mãe-filho;
- b) diminui o tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial;
- c) estimula o aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação;
- d) proporciona maior competência e amplia a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar;
- e) favorece um controle térmico melhor;
- f) reduz o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários devido à maior rotatividade de leitos;
- g) proporciona um relacionamento melhor da família com a equipe de saúde;
- h) favorece a diminuição da infecção hospitalar;
- i) diminui a permanência hospitalar.

IV POPULAÇÃO A SER ATENDIDA

- Gestantes com situações clínicas ou obstétricas com maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso.
- Recém-nascidos de baixo peso, desde o momento de admissão na Unidade Neonatal até a sua alta hospitalar, quando deverão ser acompanhados por ambulatório especializado.
- Mães e pais que, com suporte da equipe de saúde, deverão ter contato com o seu filho o mais precocemente possível e receber adequada orientação para participar do método.

V APLICAÇÃO DO MÉTODO

O método será desenvolvido em três etapas:

1ª Etapa

1 Período após o nascimento de um recém-nascido de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os cuidados especiais descritos a seguir:

Orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, ressaltando as vantagens do método. Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, propiciando, sempre que possível, o contato tátil com a criança. É importante que essas visitas sejam acompanhadas pela equipe assistencial, para que orientações como medidas de controle de infecção (lavagem adequada das mãos), informações sobre os procedimentos hospitalares utilizados e as particularidades ambientais possam ser melhor

compreendidas pela família.

Nessa etapa, deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Dessa forma, devem ser ensinados os cuidados com as mamas, a ordenha manual e a respectiva armazenagem do leite. Deve ser implantada a co-participação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos cuidados de higienização adequados.

Nas situações em que as condições clínicas da criança permitirem, deverá ser iniciado o contato pele-a-pele direto, entre a mãe e a criança, progredindo até a colocação do recém-nascido sobre o tórax da mãe ou do pai.

Ressaltar sempre a importância da atuação da mãe e da família na recuperação da criança.

Após o parto, os primeiros cinco dias deverão ser utilizados para prestar todos esses ensinamentos à mãe e à família. Portanto, deve ser assegurado à puérpera a permanência na unidade hospitalar, pelo menos durante esse período, recebendo todo o suporte assistencial necessário.

Decorrido esse início, se a criança não preencher os critérios de entrada na etapa seguinte (2ª), e havendo necessidade da volta da mãe ao domicílio, deverão ser asseguradas à puérpera as seguintes condições:

- a) vinda diária à unidade hospitalar onde manterá contato com o seu filho, receberá orientação e manterá a ordenha do leite;
- b) auxílio transporte, para vinda diária à unidade de saúde;
- c) refeições, durante a permanência diurna na unidade (lanche pela manhã, almoço e lanche à tarde);
- d) espaço adequado para a permanência, que permita descanso e possa ser utilizado para palestras. Esse espaço servirá também para conagraçamento entre as mães, o que propiciará maior confiança materna;
- e) livre acesso do pai à unidade e estímulo à sua participação nas reuniões com a equipe de saúde.

2ª Etapa

O recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ter o acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estarão aptas a permanecerem em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Essa enfermaria funcionará como um “estágio” de pré-alta hospitalar da mãe e do filho.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria:

2.1.1 Da mãe

- a) certificar-se de que a mãe quer participar e tem disponibilidade de tempo e que haja rede social de apoio;
- b) assegurar que a decisão seja tomada através de consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde;
- c) capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);
- d) conhecimento e habilidade para a colocação da criança em posição canguru.

2.1.2 Da criança

- a) estabilidade clínica;
- b) nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- c) peso mínimo de 1.250 g;
- d) ganho de peso diário maior que 15 g;

2.2 Para que haja ganho de peso, deve-se garantir a amamentação a cada duas horas, no período diurno, e a cada 3 horas, no período noturno.

2.3 Às crianças que não apresentarem ganho adequado de peso, deve ser realizada complementação láctea, com leite posterior da própria mãe, via sonda gástrica ou copo.

2.4 A utilização de medicamentos orais (complexo vitamínico, medicação contra o refluxo gastroesofágico, xantinas etc.) não contra-indica a permanência nessa enfermaria.

2.5 A administração de medicação intravenosa intermitente, através de dispositivo intravascular periférico, também não contra-indica a permanência em posição canguru.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- a) mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança;
- b) mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade;
- c) compromisso materno e familiar para a realização do método por 24 horas/dia;
- d) garantia de retorno freqüente à unidade de saúde;
- e) criança com peso mínimo de 1.500 g;
- f) criança com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;
- g) se houver necessidade de complementação da dieta, que esta não esteja sendo ministrada por sonda gástrica;
- h) condição de acompanhamento ambulatorial assegurada, sendo que na

primeira semana a freqüência deverá ser de três consultas, na segunda semana, duas consultas, e, da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta, até o peso de 2.500 g;

i) condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento de urgência, quando ainda na terceira etapa.

3ª Etapa

3.1 Ambulatório de acompanhamento.

São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- a) realizar exame físico completo da criança, tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- b) avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família;
- c) corrigir as situações de risco como: ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias;
- d) orientar e acompanhar tratamentos especializados tais como: exame oftalmológico, avaliação audiométrica e fisioterapia motora;
- e) orientar para a observância do esquema adequado de imunizações.

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- a) ser realizado por médico treinado e familiarizado com o seguimento do recém-nascido de risco;
- b) observar a periodicidade já referida em item anterior;
- c) ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso a criança necessite;
- d) a criança é que determinará o tempo de permanência em posição canguru; de modo geral, isso ocorre quando esta atinge o termo ou o peso de 2.000 g;
- e) após o peso de 2.500 g, o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com norma para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.

VI RECURSOS PARA A IMPLANTAÇÃO

1 RECURSOS HUMANOS

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e do filho conheça toda a extensão e importância do método e esteja adequadamente treinada, para que este possa ser aplicado de maneira plena. Enfatiza-se, portanto, a necessidade da mudança de comportamento e filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas. Sempre que possível, essa equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- a) Médicos
neonatólogistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)
pediatras com treinamento em seguimento do recém-nascido de risco
oftalmologistas
- b) Enfermeiras (cobertura de 24 horas)
 - c) Auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios, com cobertura de 24 horas)
 - d) Psicólogos
 - e) Fisioterapeutas
 - f) Terapeutas ocupacionais
 - g) Assistentes sociais
 - h) Fonoaudiólogos
 - i) Nutricionistas

2 RECURSOS FÍSICOS

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas Etapas 1 e 2 dessa norma. É importante que essas áreas estejam adequadas a permitir a colocação de assentos removíveis (cadeiras/bancos) para inicialmente facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª Etapa deverão obedecer à norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos permita facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de díades, por enfermaria, deverá ser de, no máximo, 6.

2.5 Os postos de enfermagem deverão estar próximos a essas enfermarias.

2.6 Para cada enfermaria, são necessários um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3 RECURSOS MATERIAIS

3.1 Na 2ª Etapa, na área destinada a cada díade, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

VII AVALIAÇÃO DO MÉTODO

1 Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- a) morbidade e mortalidade neonatal;
- b) taxas de reinternação;
- c) crescimento e desenvolvimento;
- d) grau de satisfação e segurança materna e familiar;
- e) prevalência do aleitamento materno;
- f) desempenho e satisfação da equipe de saúde;
- g) conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança;
- h) tempo de permanência intra-hospitalar.

2 A equipe técnica da Saúde da Criança/Ministério da Saúde dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

VIII NORMAS GERAIS

1 A adoção do “Método Canguru” visa fundamentalmente uma mudança de atitude por parte da equipe de saúde e da família no manuseio do recém-nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização.

2 O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, visto que o uso destes recursos tem as suas indicações bem estabelecidas.

3 Não deve ser considerado que o método objetive apenas economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4 O início da atenção adequada ao recém-nascido antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de terem recém-nascidos de baixo peso e a essas mulheres devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5 Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar a gestante para os serviços de referência.

6 Na segunda etapa, não se estipula obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato em que ocorram prazer e satisfação da criança e da mãe, tendo em vista a segurança no manuseio da criança.

7 Na terceira etapa, para maior segurança, recomenda-se a posição canguru em tempo integral.

8 Deverá ser estimulada também a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

9 A presença de berço no alojamento da mãe e do filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

10 São atribuições da equipe de saúde:

- a) orientar a mãe e a família em todas as etapas do método;

- b) oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos;
- c) encorajar o aleitamento materno;
- d) desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;
- e) desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar;
- f) participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção;
- g) orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

ÁREA DA SAÚDE DA CRIANÇA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Canguru)

Ficha de Avaliação Mensal – Institucional

Data: ____ / ____ / ____

Hospital: _____

Endereço: _____

Responsável/Chefe da Unidade: _____

O hospital é Amigo da Criança? () Sim () Não

O hospital possui Banco de Leite Humano? () Sim () Não

Número de nascimentos

Mês/ano: ____ / ____N.º: _____

Parto normal n.º : _____ % Parto cesariano n.º: _____ %

Peso ao nascer (em gramas)

Número	Percentagem
500 – 999	
1000 – 1499	
1500 – 1999	
2000 – 2499	
≥ 2500	
1.	
2	
3	

Mortalidade neonatal/peso (em gramas)

Número	Taxa
500 – 999	
1000 – 1499	
1500 – 1999	
2000 – 2499	
≥ 2500	
1.	
2	

Percentual de recém-nascidos com alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo.

N.º: _____ %

ÁREA DA SAÚDE DA CRIANÇA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Canguru)

Ficha de Avaliação do Recém-Nascido

Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Peso ao nascer: _____

Idade gestacional: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Operatório

Sexo: () Masculino () Feminino () Indeterminado

Gestação: () Única () Dupla () Tripla ou mais

Sala de parto

Reanimação: () Sim () Não

() O₂ inalatório () Máscara () Intubação () Massagem cardíaca

UTI Neonatal

Ingresso: () Sim () Não Alimentação

Data do ingresso: ____/____/____ () LM ordenhado

Data da alta: ____/____/____ () LM enriquecido

Peso na alta: _____ () LH

Data do óbito ____/____/____ () LH enriquecido

Peso no óbito: _____ () Mista

() Fórmula

Unidade de Cuidados Intermediários

Ingresso: () Sim () Não Alimentação

Data do ingresso: ____/____/____ () LM ordenhado

Data da alta: ____/____/____ () LM enriquecido

Peso na alta: _____ () LH

Data do óbito ____/____/____ () LH enriquecido

Peso no óbito: _____ () Mista

() Fórmula

() Aleitamento materno exclusivo

() Aleitamento materno complementado

Unidade Canguru

Ingresso: () Sim () Não Alimentação

Data do ingresso: ____/____/____ () LM ordenhado

Data da alta: ____/____/____ () LM enriquecido

Peso na alta: _____ () LH

Data do óbito: ____/____/____ () LH enriquecido

Peso no óbito: _____ () Mista

() Fórmula

() Aleitamento materno exclusivo

() Aleitamento materno complementado

Recém-Nascido em UTI Neonatal

Foi franqueada a visita dos pais ao recém-nascido? () Sim ()

Não

A mãe tocou a criança? () Sim () Não

Data e hora do primeiro toque: Dia ____/____/____, _____ h.

A mãe foi orientada quanto à amamentação? () Sim () Não

Recebeu informações sobre o estado de saúde da criança? () Sim

() Não

Com que frequência a mãe e/ou o pai estiveram com a criança?

Diariamente: () Sim () Não

Dias alternados: () Sim () Não

A cada três dias: () Sim () Não

Semanalmente: () Sim () Não

Nunca visitaram: ()

Recém-Nascido em Enfermaria de Cuidados Intermediários

Foi franqueada a visita dos pais ao recém-nascido? () Sim ()

Não

A mãe tocou a criança? () Sim () Não

Data e hora do primeiro toque: Dia ____/____/____, _____ h.

A mãe foi orientada quanto à amamentação? () Sim () Não

Recebeu informações sobre o estado de saúde da criança? () Sim

() Não

Com que frequência a mãe e/ou o pai estiveram com a criança?

Diariamente: () Sim () Não

Dias alternados: () Sim () Não

A cada três dias: () Sim () Não

Semanalmente: () Sim () Não

Nunca visitaram: ()

I. Recém-Nascido em Enfermaria de Mães em Posição Canguru

Reingresso na Unidade Neonatal: () Sim () Não

N.º de vezes _____

A mãe foi orientada quanto à amamentação? () Sim () Não

Recebeu alta em posição canguru? () Sim () Não

Suspensão da posição canguru no domicílio Data: ____/____/____ Peso
do RN: _____

(Obs: Caso a criança não seja acompanhada na unidade em que recebeu assistência em Método Canguru, esta unidade solicitará esses dados da unidade ambulatorial de acompanhamento).