



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU AO SERVIÇO
PERINATAL**

Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva

Manhuaçu – MG

2022



REBECA MUNIZ GOMES DA COSTA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU AO SERVIÇO
PERINATAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médica.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador: Felipe Moura Parreira

Manhuaçu – MG
2022



REBECA MUNIZ GOMES DA COSTA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU AO SERVIÇO
PERINATAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no
Curso Superior de Medicina do Centro Universitário
UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do
título de Médica.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador: Felipe Moura Parreira

Banca Examinadora

Data da aprovação: 14 de julho de 2022

Professor Felipe Moura Parreira

Mestre Mariana Silotti Cabelino Seyfarth

Mestre Emanuele Gama Dutra

Manhuaçu – MG
2022

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	METODOLOGIA	7
3.1.	O Método Canguru no Brasil	7
3.2.	O recém-nascido de alto risco.....	9
3.3.	Etapas do Método Canguru	10
3.3.1.	A primeira etapa.....	11
3.3.2.	A segunda etapa.....	12
3.3.3.	A terceira etapa.....	13
3.4.	Benefícios da implantação do método	15
3.5.	Desafios ao inserir o modelo	15
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5.	REFERÊNCIAS	17

A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU AO SERVIÇO PERINATAL

Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva

Felipe Moura Parreira

Curso: Medicina Período: 11º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: O Método Canguru, também denominado como Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, é um modelo de assistência neonatal a prematuros por meio do contato pele a pele da criança com seus progenitores. O presente estudo aborda a relevância da implantação do método em unidades de cuidados intensivos neonatal tendo como objetivo geral agregar informações à sociedade acadêmica e profissionais da área sobre a eficácia do modelo e de maneira mais específica, despertar nos profissionais o desejo de implantar o método nas unidades de neonatologia, destacar os benefícios ao paciente e aos familiares, bem como a expor os desafios de sua inserção. Refere-se a uma pesquisa descritiva e explicativa, com perspectiva qualitativa, executada mediante a uma revisão bibliográfica por meio de artigos obtidos em fontes como, PubMed, Periódicos CAPES, Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sites de órgãos oficiais. O método é constituído por três etapas, inicia-se com o descobrimento da gestação de risco, indo até a assistência pós-hospitalar em unidades básicas de saúde. Tem a redução do tempo de internação hospitalar e o favorecimento da amamentação como benefícios centrais, e a integração efetiva e a deficiência no conhecimento sobre o método da parte dos profissionais de saúde como principais desafios para inserção do método em unidades neonatais. Portanto o conhecimento sobre o Método Canguru se faz necessário na formação acadêmica de profissionais de saúde por sua abrangência multidisciplinar e por ser executado em diferentes ambientes dos níveis de saúde, não somente em unidades de atendimento especializado, como também em unidades básicas de assistência.

Palavras-chave: Método canguru; Saúde da criança; Cuidados intensivos neonatal.

Abstract: The Kangaroo Method, also known as the Humanized Care Standard for Low Weight Newborns, is a model of neonatal care for premature infants through skin-to-skin contact between the child and their parents. The present study addresses the relevance of implementing the method in neonatal intensive care units, with the general objective of adding information to academic society and practitioners in the area about the effectiveness of the model and, more specifically, to awaken in professionals the desire to implement the method in neonatology units, highlighting the benefits to the patient and family members, as well as exposing the challenges of their insertion. It refers to a descriptive and explanatory research, with a qualitative perspective, carried out through a bibliographic review through articles obtained from sources such as PubMed, CAPES Periodicals, Google academic, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and websites of official agencies. The method consists of three stages, starting with the discovery of the risk pregnancy, going to post-hospital care in basic health units. It has the reduction of hospital stay and the promotion of breastfeeding as central benefits, and the effective integration and the lack of knowledge about the method on the part of health practitioners as the main challenges for the insertion of

the method in neonatal units. Therefore, knowledge about the Kangaroo Method is necessary in the academic training of health practitioners due to its multidisciplinary scope and because it is performed in different environments of health levels, not only in specialized care units, but also in basic care units.

Keywords: Kangaroo method; Child health; Neonatal intensive care.

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMG), é definida como o nascimento de crianças vivas com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas. Estatísticas indicam que 36% das mortes de crianças com idade menor que 5 anos se refere ao nascimento prematuro (NELSON et al., 2017).

A relação de risco do recém-nascido (RN) está ligada à idade gestacional e ao peso de nascimento (PN). Quanto menor for a IG, menor será seu peso e maior será o risco, bem como as fragilidades, sendo elas fisiológicas, metabólicas e psicológicas. Os recém-nascidos com PN inferior a 1500 g e/ou IG menor que 34 semanas são considerados de alto risco. Já os que nasceram com PN inferior a 1000 g e/ou IG menor que 28 semanas são considerados de extremo risco. Quanto mais alto for o risco do RN, maior será seu tempo de internação, podendo apresentar um prognóstico mais preocupante (BRASIL, 2018).

Diante do desafio da prematuridade, o Ministério da Saúde empenhou-se em instituir novos modelos de atenção humanizada à criança e aos seus familiares, com o objetivo de assisti-los de forma a respeitar suas características e individualidades. O nascimento humanizado tem o intuito de evitar condutas indevidas e agressivas ao bebê. É compreendido como um conjunto de ações que acontecem desde o pré-natal até o retorno da maternidade ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), incluindo o acompanhamento à posteriori com equipe especializada, conforme a necessidade do indivíduo (BRASIL, 2018).

O Método Canguru (MC), também denominado como Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, regularizado pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000 e atualizado pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, pode ser definido como:

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Essa norma tem como finalidade fundamentar a capacitação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais da área durante a implantação do MC nas UTIN no Brasil, integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

O Método Canguru foi desenvolvido pelos médicos Reys Sanábria e Hector Martinez, no Instituto Materno Infantil de Bogotá em 1979, com o objetivo de reduzir custos da assistência perinatal e propiciar maior estabilidade térmica, maior vínculo afetivo e melhor desenvolvimento, por meio do contato pele a pele do bebê sua mãe, após estabilização clínica (BRASIL, 2018). Devido à falta de incubadoras e o alto índice de mortalidade na região ocorrida, q'a criação do método se justificou (FILHO et al., 2008).

Esse modelo de cuidado é baseado no acolhimento ao recém-nascido (RN) e a sua família na unidade neonatal, na promoção do contato pele a pele, no incentivo do cuidado dos pais para com o RN durante a internação e no cuidado continuado. O método é benéfico por promover o aleitamento materno, manter o controle térmico, reduzir a dor neonatal e provocar estímulo no desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN. Outrossim, a prática pode reduzir tanto o tempo de internação quanto o risco de infecção neonatal (FILHO et al., 2008).

O método é constituído por três etapas, sendo que em todas elas o contato pele a pele e o aleitamento materno são incentivados (FILHO et al., 2008). A primeira, inicia-se no pré-natal de alto risco até a alta do RN da UTIN, tendo como intuito, promover o contato familiar de livre acesso, sempre que possível, de modo que a aproximação da família com o RN seja facilitada. A segunda etapa é realizada no período pré-alta hospitalar, no setor intermediário, na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), em que se estimula o cuidado ao bebê pela família. A terceira etapa acontece durante o acompanhamento ambulatorial da criança, no espaço extra-hospitalar, por meio do trabalho conjunto entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS), até que ela atinja 2500 gramas (BRASIL, 2018).

Para que o método ocorra de maneira efetiva e eficaz é necessária a capacitação da equipe multiprofissional, a fim de realizar corretamente todas as etapas. As equipes de saúde são primordiais para aplicação do método em todas as etapas, essencialmente ao orientar os pais e familiares tanto em como realizar, quanto aos benefícios e vantagens do modelo (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2013).

Dado que a terceira etapa do método inclui o atendimento na atenção básica, é primordial que todos os profissionais da saúde tomem conhecimento do modelo, com o intuito de concluir o processo. Para que isso aconteça de maneira efetiva e eficaz é necessária a capacitação da equipe multiprofissional, não só da UTIN, como também da equipe básica de saúde, a fim de realizar corretamente todos os estágios. Desta maneira a abordagem da temática se justifica por sua relevância, precisão e abrangência, uma vez que o método proporciona benefícios tanto para o paciente, quanto para a rede de apoio que o receberá, sendo fundamental a aptidão dos profissionais para isso.

O presente trabalho visa a agregar informações à sociedade acadêmica e profissionais da área sobre a eficácia do método e de maneira mais específica, a despertar nos profissionais o desejo de implantar o método nas unidades de neonatologia, a destacar os benefícios ao paciente e aos familiares, bem como a expor os desafios da inserção do modelo.

2. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva e explicativa, com perspectiva qualitativa, executada mediante a uma revisão bibliográfica por meio de artigos obtidos em fontes como, PubMed, Periódicos CAPES, Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sites de órgãos oficiais.

Além de manuais técnicos do Ministério da Saúde, fez-se uso de 12 artigos, acessados no período entre fevereiro de 2022 a junho de 2022, dos quais se encaixavam nos critérios que se segue: estar disponível de forma gratuita na base de dados, estar totalmente ao dispor para leitura e, primordialmente, adequar-se de modo ideal ao tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O Método Canguru no Brasil

O Método Canguru foi desenvolvido em 1979 no Instituto Materno Infantil de Bogotá, visando a reduzir custos da assistência ao recém-nascido e propiciar, por meio do contato pele a pele, maior vínculo afetivo, melhor desenvolvimento e maior estabilidade térmica (FILHO et al., 2008). No Brasil, os primeiros relatos da utilização do método ocorreram em Santos, no Hospital Guilherme Álvaro (HGA), no ano de 1992, e no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), no ano de 1993 (BRASIL, 2018).

A implantação e a consolidação do método no Brasil se deu a partir de um trabalho denominado “experiência brasileira na concepção, na implantação e na disseminação do Método Canguru”, em 1999, coordenado pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, posteriormente reconhecida como Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) (BRASIL, 2017). O Método Canguru se tornou uma Política Pública em 2000 por meio da Portaria nº 693 de 05 de julho, atualizada pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007, nomeado como Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Alguns marcos históricos estão citados no quadro 1 (BRASIL, 2018).

Ao final dos primeiros 15 anos, o MC obteve abrangência nacional e reconhecimento internacional. As determinantes para esse alcance se deu pelo caráter de política pública, pelo comprometimento com melhores práticas clínicas, com bases científicas e abordagem de maneira integral ao RN e sua família (BRASIL, 2017).

O MC no Brasil adquiriu características singulares por meio de intervenções estratégicas com objetivo de propiciar um ambiente hospitalar adequado e protetor, uma individualização do cuidado, bem como a participação familiar na terapêutica pelo contato pele a pele (BRASIL, 2018).

Foi iniciado o Projeto de Extensão e Fortalecimento do MC em 2008 em maternidades do Brasil, com o intuito de descentralizar as ações e as capacitações promovidas pelos centros de referência, compondo, segundo o Ministério da Saúde, o Eixo I da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): Atenção Humanizada e Qualificada ao Parto e Nascimento e o Eixo II Aleitamento

Materno e Alimentação Complementar Saudável. O objetivo disso foi reduzir a mortalidade infantil, essencialmente a neonatal, sendo incluído em ações estratégicas governamentais como Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste-Amazônia Legal e Rede Cegonha - Política Nacional de Aleitamento Materno, Estratégia QualiNEO e APICE-ON (BRASIL, 2018).

Quadro 1 – Marcos históricos do Método Canguru

Portaria	Objetivos
Portaria GM no 693 de 05/07/2000	Instituiu o Método Canguru como Política Pública e definiu normas para sua utilização.
Portaria GM no 1.683 de 12/07/2007	Revogou a Portaria no 693 e atualizou as normas já estabelecidas.
Portaria no 1.459 de 24/06/2011	Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
Portaria GM nº 930 de 10/05/2012	Instituiu as normas de habilitação de leitos da Unidade Neonatal Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidade de cuidados Intermediários Neonatais Convencionais - UCINCo, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru - UCINCa) com base na atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave.
Portaria nº 371 de 07/05/2014	Instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos.
Portaria nº 1.153 de 22/05/2014	Atualizou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), incorporando além dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL),” a garantia de livre acesso aos pais e permanência de um dos dois junto ao recém-nascido em tempo integral e o Cuidado Amigo da Mulher.
Portaria nº 1.130 de 05/08/2015	Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional.
Lei Nº 13.257, de 08/03/2016	Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) - Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.”

Fonte: Manual da terceira etapa do Método Canguru – Ministério da Saúde, 2018

3.2. O recém-nascido de alto risco

O período neonatal é compreendido ao intervalo de tempo entre o nascimento até completar 28 dias de vida. Conforme o PN e a IG, indicadores importantes para classificação, os RN podem apresentar diferentes necessidades. Os bebês nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas são definidos como pré-termos, podendo ser subdivididos em pré-termo tardio, IG entre 34 e 36 semanas e 6 dias, pré-termo moderado, IG entre 28 a 34 semanas e pré-termo extremo, IG menor que 28 semanas. Os pacientes com PN menor que 2.500g são classificados com baixo peso ao nascer independente da IG, menor que 1.500g, muito baixo peso e menor que 1.000g, extremo baixo peso ao nascer. Ainda podem ser classificados como adequado a idade gestacional (AIG), pequeno para idade gestacional (PIG) e grande para idade gestacional (GIG). As classificações visam a detectar os riscos de doenças e a mortalidade do recém-nascido, conforme o que seria esperado para sua idade ao nascer e suas condições clínicas (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que até aos dois anos, os bebês que nasceram prematuro devem ter idade gestacional corrigida para melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois quando o RN tem a gestação interrompida, necessita do tempo para que seu desenvolvimento seja concluído. Considera-se o marco de 40 semanas para realizar o cálculo (BRASIL, 2016).

Deve-se atentar para alguns sinais clínicos, uma vez que apresentam risco ao bebê. São exemplos: dificuldades ao respirar, cianose ou palidez, hiper ou hipotermia, indisposição para amamentar, apatia, irritabilidade ou choro fraco, vômitos, diurese reduzida, perda ponderal, tremores, convulsões, aumento rápido de perímetro céfálico e hérnia inguinal (BRASIL, 2016).

3.3. Etapas do Método Canguru

O Método Canguru implica em cuidado humanizado por meio do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus progenitores. Além disso, visa ao controle do ambiente, a reduzir a dor do RN, a amparar a família e a apoiar a equipe de saúde. É um modelo de assistência que engloba o período materno de pré-natal, internação e parto, o período de internação do RN e da volta para casa em família, iniciado, portanto, na gestação de risco e finalizado quando o RN atingir 2.500 g. A interação

pele a pele começa com o toque dos pais no bebê a partir da internação, assim que possível, progredindo para a posição canguru (BRASIL, 2016).

Acolher o RN e sua família, respeitar as individualidades do paciente e dos pais, promover contato pele a pele precoce, envolvimento dos pais no cuidado com o bebê são pilares do MC (BRASIL, 2016).

Compreende-se por Posição Canguru o contato pele a pele ao manter o bebê junto ao peito de um dos pais na posição vertical. Esse deve estar apenas de fraldas, meias e touca e a mãe não deve usar sutiã a fim de promover maior contato. Pode-se utilizar uma faixa de contenção para promover maior segurança ao conter a criança. O tempo de posição varia conforme a disposição dos pais ao realizá-la. Recomenda-se a maior duração possível, sendo no mínimo uma hora para que os efeitos benéficos sejam promovidos (BRASIL, 2016).

3.3.1. A primeira etapa

A primeira etapa do MC se dá desde a caracterização da gestação como de alto risco para o nascimento de RN que necessitará de cuidados neonatais intensivos até o fim da internação do bebê na UTIN. A finalidade desta etapa é promover o contato familiar sempre que possível, favorecendo a aproximação da família com o RN. Dessa maneira, o desenvolvimento de vínculo e o processo de interação apresentam menor prejuízo. É recomendado que nesta etapa, a posição canguru seja iniciada o quanto antes, fazendo parte da rotina de cuidados com o neonato (BRASIL, 2018).

A primeira ida à UTI Neonatal pode ser um momento de fragilidade para a família ao ver um ambiente inabitual, por vezes assustador, e ao se deparar com um bebê real diferente do que foi idealizado, associado a sentimento de culpa pela situação da criança. Por essa razão, esta etapa tem como finalidade acolher a família com todos os recursos necessários durante a internação, propor práticas promotoras de laços afetivos entre o bebê e os pais, objetivos que serão alcançados por meio da equipe de saúde. Sendo assim, outro alvo desta etapa é oferecer informações a equipe de saúde a fim de prepará-la para amparar a família do RN, de modo a informá-la com palavreado acessível, sanar dúvidas, escutar temores e preocupações (BRASIL, 2013).

A equipe é a facilitadora da aproximação do RN e seus pais. Deve, portanto, entender que todas as famílias carecem de assistência individualizada, visto que cada uma enfrentará a situação de modo único, nem sempre responderão de forma padronizada. É necessário despertar o sentimento de amparo para que haja segurança no tempo oportuno a essa aproximação (BRASIL, 2013).

Com um suporte apropriado, a mãe, essencialmente, vai aos poucos se adequando à rotina da unidade, sendo capaz de cuidar de seu filho e modificar sua percepção de bebê muito frágil. O caminho percorrido possibilita que progressivamente ela se aproxime de seu filho por meio do toque, do cuidado até acolhê-lo na posição canguru. Assim, ela passa a sentir o bebê como seu (BRASIL, 2013).

3.3.2. A segunda etapa

A segunda etapa é realizada no período pré-alta hospitalar, no setor intermediário, na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Nesta etapa, a mãe retorna ao hospital e assume, em sua maioria, os cuidados com o filho, com o apoio e orientação da Equipe de Saúde assistente, mantendo-se continuamente ao lado de seu bebê. O seguimento do aleitamento materno, o esclarecimento de dúvidas no cuidado com o RN e a prática da posição canguru, a qual deve ser praticada com a maior frequência possível, são os objetivos desta fase (BRASIL, 2018).

Receber a mãe nesta etapa refere-se a disponibilizar um espaço para que ela se acomode a fim de permanecer ao lado de seu bebê e repousar-se. Esta fase é fundamental no modelo, devido à finalização e otimização da primeira etapa e preparo para a terceira etapa, que acontece após a alta hospitalar. Algumas situações adversas podem acontecer, como o despreparo das mães ou a indisponibilidade para permanecer no hospital naquele momento, por isso os horários podem ser negociados até que a família consiga se organizar. Entretanto, a presença da mãe nos dias antecedentes à alta hospitalar deve ser, idealmente, de tempo integral (BRASIL, 2018).

O contato pele a pele, ou seja, a posição canguru, é mantido durante esta etapa, devendo ser sustentada até a idade gestacional corrigida de 40 semanas

aproximadamente. As equipes médicas e de enfermagem devem dar orientações como o posicionamento da mãe durante o sono com cabeceira elevada, a postura antirrefluxo e a estar alerta aos sinais de pausas respiratórias e apneias. Cada bebê se comporta de modo único e individual, por isso, esta etapa permite que a mãe reforce suas competências e habilidades ao conhecer melhor seu filho. A equipe deve ceder maior espaço para a mãe à medida que ela se sentir mais segura, e gradualmente transpor as responsabilidades, orientando-a e dando a ela o suporte necessário (BRASIL, 2018).

Outro fator fundamental para que esta etapa seja bem-sucedida é o amparo familiar. O envolvimento do pai com visitas e acompanhamento do processo da internação é benéfico à mãe ao nutrir o sentimento de realização por tudo que ela desempenha para o filho, esvaindo-se o sentimento de solidão. O pai deve ser estimulado a ficar em posição canguru, porque além de facilitar o contato com filho, estimulando o cuidado, proporciona ao bebê experiências proprioceptivas, perceptivas e cognitivas (BRASIL, 2018).

Ainda, a presença de outros integrantes da família, como avós e irmãos, é importante para preparar a rede de apoio que dará seguimento aos cuidados na etapa seguinte. Todavia, pode existir casos em que o pai ou a família estejam ausentes. Cabe à equipe de saúde buscar formas de gerar o sentimento de apoio durante este período e identificar, juntamente à mãe, quem pertence a rede de apoio dela (BRASIL, 2018).

3.3.3. A terceira etapa

A terceira etapa acontece com o acompanhamento ambulatorial da criança. Tem início com a alta hospitalar e propõe o seguimento do cuidado do RN por meio do trabalho conjunto entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS) até que ela alcance peso de 2,5 kg. Esta etapa visa a acompanhar as primeiras semanas do bebê no espaço extra-hospitalar. Para que seja cumprida seriam agendadas visitas domiciliares, consultas hospitalares e atendimento na UBS assistente, além do cuidado especializado (BRASIL, 2018).

Esta etapa é estruturalmente a mais simples, considerando que as consultas podem ser realizadas em consultório ou outros ambientes semelhantes que estejam

à disposição. Entretanto é necessária uma avaliação cuidadosa e geral, tanto do bebê, como de sua família diante adaptação à nova situação. Deve-se atentar a situações de risco, identificá-las e intervir quando preciso (BRASIL, 2018).

Alguns desafios são comuns para esta etapa e a equipe deve estar preparada para enfrentá-los. Durante a comunicação preconiza-se sempre o uso de linguagem simples e acessível. Dado isso, é fundamental ter agenda aberta; certificar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; estimular a posição canguru; incentivar a amamentação materna; qualificar o ganho de peso, comprimento e perímetro céfálico; identificar situações de risco e intervir conforme a necessidade; analisar o contexto afetivo da família e do bebê; observar se as medicações prescritas são administradas corretamente; orientar e acompanhar tratamentos especializados e vacinação. De igual modo, é essencial destacar à família seus progressos diante dos obstáculos (BRASIL, 2018).

A alta da terceira etapa acontece após alguns procedimentos tais como: revisão e correção de doses medicamentosas; solicitação de exames revisionais de acordo com o protocolo da instituição; checagem e orientação da imunização; avaliação da necessidade de visita a algum especialista e comunicação com a unidade básica de saúde para prosseguir com a assistência. Os RN enquadrados como de alto risco devem seguir acompanhamento ambulatorial especializado (BRASIL, 2018).

A estratégia de saúde da família (ESF) é responsável pela continuidade do cuidado dado ao bebê de risco e sua família, sendo assim, aliada. O trabalho adjunto a ESF torna possível a otimização das visitas domiciliares; conhecimento maior do funcionamento da família; maior diligência no atendimento a situações de risco; acompanhamento melhor da vacinação e das consultas especializadas; participação na assistência ao bebê; melhor manejo do aleitamento materno, contribuindo para sua maior durabilidade; melhor resolutividade ao resolver pendências relacionadas ao bebê e maior garantia da rede de apoio sociofamiliar. Perante a exposição, as equipes de ESF devem ter conhecimento sobre o MC e serem capacitadas, sempre que possível, a fim de ser hábil para seguir com a assistência ao bebê pré-termo (BRASIL, 2018).

3.4. Benefícios da implantação do método

O Método Canguru aponta a redução do tempo de internação hospitalar e o favorecimento da amamentação como principais benefícios (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2013). Zirpoli et al. (2019), em uma revisão integrativa da literatura, afirma que o MC reduz os gastos, gerando economia ao SUS. Além disso, infere que os benefícios alcançam a mãe, o bebê e a instituição que o adota.

Os benefícios à mãe se dão por meio da diminuição dos índices de depressão pós-parto. O período gestacional por si só já é um momento de fragilidade pelas alterações hormonais. Diante da situação de um bebê prematuro, esta mãe vivencia um período de estresse e ansiedade. Ao estar em contato pele a pele com seu filho, esses sentimentos danosos podem ser amenizados (ZIRPOLI et al., 2019).

A ambiência nas unidades propicia benefícios consideráveis ao RN. Denominado como “Hora do Silêncio”, ou “Hora do Soninho”, em média uma hora e meia, é um tempo reservado para obter uma tranquilidade maior ao ambiente. Entende-se que esses horários possibilitam a redução de movimentos do RN e da pressão diastólica e arterial média. Com a atenuação do ruído e da luminosidade há menos choro, diminuição do estado alerta, mais sono com períodos mais prolongados e ininterruptos, ganho de peso maior e queda no número de apneias (BRASIL, 2017). Essa mudança na ambiência causa alterações nas relações de trabalho, cooperando para que a equipe e a família percebam o local como acolhedor, aderindo mais facilmente a essas práticas humanizadas de cuidado (SANTOS, 2019)

Além dos benefícios já citados, a portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 expõe outros como: redução do tempo de separação com seus pais; favorecimento do vínculo familiar; tornar possível maior segurança, confiança e competência aos pais; proporcionar estímulos sensoriais positivos; melhor desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo; favorecimento do controle térmico; redução de riscos de infecção hospitalar; atenuação do estresse e a dor; redução do estresse oxidativo; melhora na comunicação entre a família e a equipe de saúde e maior rotatividade de leitos da UTIN e da UCINCo (BRASIL, 2007).

3.5. Desafios ao inserir o modelo

Apesar das inúmeras vantagens do Método Canguru, alguns desafios são encontrados em unidades que inserem o modelo. O Manual Técnico Método Canguru

do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) traz a integração efetiva, do planejamento à operacionalização, como uma das “complexas questões” que necessitarão de dedicação. As etapas, além de acontecerem em diferentes cenários como ESF, centro obstétrico, alojamento conjunto, unidade neonatal, apresentam dinâmica funcional distinta, tanto na concepção das equipes, quanto no manejo do cuidado. Tais particularidades corroboram para que a integração seja desafiadora.

Outras questões a serem pontuadas consistem na vulnerabilidade do profissional mediante o conhecimento sobre o MC, e a ausente normatização para aplicabilidade do modelo. Mesmo as equipes obtendo inicialmente conhecimento sobre o método, faz-se necessário continuidade e permanência do ensino, por meio de encontros que abordam o tema, revisando a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido, instituída pelo Ministério da Saúde (GESTEIRA et al., 2016).

No que tange à família, a insegurança dos pais ao realizar o método canguru, em seus passos iniciais principalmente, é um obstáculo a ser rompido. Entende-se que essa insegurança é iniciada na quebra da expectativa com a interrupção da gestação e com o nascimento prematuro. A mãe, à espera de um bebê saudável que nasceria no tempo predeterminado, se depara com um bebê prematuro e de baixo peso que carece de cuidados especializados. Para ela, essa situação nova muitas vezes é ameaçadora e representa um grande desafio a ser enfrentado. Sentimentos de angústia, diante da incerteza, e de dúvidas em relação ao cuidado são frequentes, não apenas pelas particularidades do RN, mas também pelos equipamentos que o assistem e os procedimentos a que o filho será submetido (GESTEIRA et al., 2016).

Em resposta à fragilidade emocional vivenciada pela família, com o intuito de amenizar o sofrimento, o vínculo deve ser estimulado. A partir do toque com os seus pais, os bebês iniciam a interação social. A equipe deve encorajar o contato precoce a fim de que o medo seja dissipado e um vínculo afetivo seja formado (GESTEIRA et al., 2016).

Quanto aos aspectos estruturais da UTIN e UCINCo, em muitas unidades as acomodações cedidas necessitam de adequação física a fim de que os familiares possam ser melhor instalados. Entretanto, em muitas instituições não há apoio para implementar as mudanças organizacionais e estruturais importantes para executar o

método, tanto no âmbito administrativo, quanto no financeiro, eventualmente por falta de recursos (SILVA, 2013).

Ausência de leitos, espaço físico inadequado, ambientes ruidosos, equipe sobrecarregada, dificuldade ao trabalhar de forma multidisciplinar, adesão familiar ausente, vínculo equipe-família ineficaz, profissionais resistentes às mudanças propostas e a falta de recursos para alimentação e transporte são outros infortúnios encontrados (SILVA, 2013; SANTOS, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Método Canguru, presente no Brasil como Política Pública desde 2000, é um modelo de assistência neonatal que proporciona benefícios aos progenitores e ao bebê prematuro por meio do contato pele a pele e demais cuidados. Apresenta etapas bem definidas, as quais podem ser um desafio às equipes de saúde e ao cuidado integrado.

Diante de toda a discussão, o presente estudo colaborou para a elucidação da sociedade acadêmica e profissionais de saúde, ao expor o conceito, a importância, os benefícios e os desafios do Método Canguru. Entretanto, informar aos profissionais que estão trabalhando ativamente em cada etapa do modelo é uma questão desafiadora a esta pesquisa, o que possibilita novas propostas de estudo e ensaios que visam alcançar tal público.

Finalmente, a relevância da implantação do modelo em unidades perinatais se dá pelo seu caráter humanizado e por sua assistência continuada de saúde em âmbitos distintos. O conhecimento acerca do Método Canguru se faz necessário na formação acadêmica de profissionais de saúde por sua abrangência multidisciplinar e por ser executado em diferentes ambientes dos níveis de saúde, não somente em unidades de atendimento especializado, como também em unidades básicas de assistência.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL.**Ministério da Saúde**. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru. Brasília: Manual Técnico, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.
2. BRASIL.**Ministério da Saúde**. Guia de Orientação para o Método Canguru na Atenção Básica. Brasília, 2016. Disponível em:

- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.
3. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Método Canguru: diretrizes do cuidado. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.
4. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.
5. FILHO, Fernando Lamy *et al.* Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/99XgXrBYMYMkYLmtPzqHvWr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.
6. GESTEIRA, Elaine Cristina Rodrigues *et al.* MÉTODO CANGURU: BENEFÍCIOS E DESAFIOS EXPERIENCIADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Revista de enfermagem da UFSM**, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20524/pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1683, de 12 de julho de 2007**. PORTARIA Nº 1.683, DE 12 DE JULHO DE 2007 Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. [S. l.], 12 jul. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html#:~:text=A%20posi%C3%A7%C3%A3o%20canguru%20consiste%20em,equipe%20de%20sa%C3%BAde%20adequadamente%20treinada. Acesso em: 9 mar. 2022.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 693, de 5 de junho de 2000**. PORTARIA Nº 693, DE 5 DE JULHO DE 2000. [S. l.], 5 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 9 mar. 2022.
9. NELSON, W. E *et al.* Nelson **Tratado de Pediatria**. 20^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. PAULA, Karina Andrade de. **Benefícios do Método mãe canguru em uma unidade de cuidados intermediários neonatais do interior de São Paulo: visão das mães**. 2018. 41 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, [S. l.], 2018. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1411370019.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.
11. RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **FATORES DE RISCO PARA PREMATURIDADE: PESQUISA DOCUMENTAL. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rYLmLFg393yYQmYLztrZ9PL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.
12. RODRIGUES, M. A. G.; CANO, M. A. T. Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 8, n. 2, 2009. DOI: 10.5216/ree.v8i2.7032. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7032>. Acesso em: 26 jun. 2022.

13. SANTOS, Flavia Aguiar. **Implantação do Método Canguru: desafios de uma unidade neonatal do sul do Brasil.** 2019. 58 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, [S. I.], 2019. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197143/TCC%20FLAVIA%20-20-considerac%CC%A7o%CC%83es%20banca%2002.07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 mar. 2022.
14. SILVA, Adriana Rebeca Evangelista da; GARCIA, Priscila Nascimento; GUARIGLIA, Débora Alves. MÉTODO CANGURU E OS BENEFÍCIOS PARA O RECÉM-NASCIDO. **Revista Hórus**, [s. I.], 2013. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/4029/1856>. Acesso em: 20 mar. 2022.
15. SILVA, Elisangela Araújo da. **Método Canguru: principais dificuldades e desafios da equipe multiprofissional na implementação.** 2013. 52 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - FACULDADE MARIA MILZA, [S. I.], 2013. Disponível em:
<http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/1340/1/Monografia.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.
16. SILVA, Laura Johanson da *et al.* O ambiente da unidade neonatal: perspectivas para o cuidado de enfermagem no Método Canguru. **Revista de enfermagem UFPE on line**, [s. I.], 2013. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033548>. Acesso em: 4 mar. 2022.
17. SILVA, Laura Johanson da *et al.* Desafios gerenciais para boas práticas do Método Canguru na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. I.], 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/tw7vv6nxJvX4kQr6J6JCdSP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 mar. 2022.
18. ZIRPOLI, Daniela Bellas *et al.* Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental**, [s. I.], 2019. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6541/pdf_1. Acesso em: 17 fev. 2022.