

## Relato de Experiência

### **Processo de implantação da 1ª etapa do método Canguru no Hospital Regional Público de Gurupi –TO**

#### ***Deployment process for the 1<sup>st</sup> Stage of Kangaroo care at Regional Public Hospital of Gurupi – TO***

Kênia Nogueira Ayres Argeo<sup>1</sup>, Giulliano Gardenghi<sup>2</sup>

#### **Resumo**

---

*Este artigo é um relato de experiência do processo de implantação da 1ª Etapa do Método Canguru(MC) no Hospital Regional Público de Gurupi (HRPG). Foram capacitadas sete turmas com cursos de 30 horas e quatro turmas com treinamentos de quatro horas para profissionais da saúde que trabalham nos setores pediatria, unidade intermediária (UI) e obstetrícia. Conforme foram realizados os cursos, foram sendo feitas as mudanças de atitudes profissionais no setor da UI. Houve humanização nos cuidados aos recém-nascidos prematuros de baixo peso possibilitando um melhor relacionamento entre família, recém-nascidos e equipe de saúde.*

**Descritores:** *Humanização, Método Canguru, Prematuro.*

---

#### **Abstract**

---

*This article is an experience report of the implementation process of the 1<sup>st</sup> Stage of Kangaroo Care (MC) at the Regional Public Hospital of Gurupi - TO (HRPG). Seven groups were trained with a 30 hours course and four classes received four hours of training for health professionals working in pediatric, intermediate unit (IU) and obstetrics departments. As the courses were conducted, changes were being made*

*to professional attitudes in the area of IU. There humanization in the care of preterm infants with low weight enabled a better relationship among family, healthcare team and neonates.*

**Keywords:** *Humanization, Kangaroo Mother Care, Premature*

---

1. Fisioterapeuta e Especialista em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica pelo CEAFI Pós-graduação/GO, Coordenadora do Método Canguru no Hospital Regional Público de Gurupi/TO (HRPG) e Coordenadora do serviço de Fisioterapia dos setores Pediatria e Unidade Neonatal no HRPG/TO.

2. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências pela FMUSP, Coordenador Técnico do Instituto Movimento de Reabilitação Especializada/GO, Coordenador Científico do Serviço de Fisioterapia do Hospital ENCORE/GO e Coordenador Científico do CEAFI Pós-graduação/GO.

---

*Artigo recebido para publicação em 18 de outubro de 2012.*

*Artigo aceito para publicação em 12 de novembro de 2012.*

## **Introdução**

O Método Canguru (MC) consiste em uma tecnologia de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o Recém -Nascido de Baixo Peso (RNBP) de forma crescente pelo tempo que ambos entenderem ser prazerosos e suficiente, permitindo maior participação dos pais nos cuidados aos recém- nascidos<sup>1</sup>. Proposto pelos médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, foi implantado pela primeira vez no *Hospital San Juan de Dios* em Bogotá, Colômbia no ano de 1979, com objetivo de solucionar a pouca disponibilidade de equipamentos, fato que obrigava as equipes de saúde a colocar dois ou mais RNBP na mesma incubadora com conseqüente alta de mortalidade por infecções cruzadas<sup>2</sup>. Essa iniciativa adotou o nome Mãe-Canguru devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais<sup>3</sup>.

No Brasil, os hospitais Guilherme Álvaro (1992), em Santos e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (1993), em Recife, foram os primeiros serviços a aplicarem o MC. Com intuito primário de aprimorar a qualidade de assistência perinatal e não de substituir ou economizar recursos financeiros, o Ministério da

Saúde (MS) por meio da área de Saúde da Criança resolveu padronizar esse tipo de assistência elaborando a norma de Atenção Humanizada ao RNBP, normatizando o Método Canguru pela portaria nº 693 que foi revogada com a publicação da portaria nº 1683 em 2007<sup>2</sup>.

Silva<sup>4</sup> analisou as normas e rotinas definidas pelo MS e identificou cinco pilares na proposta brasileira: contato pele a pele precoce; cuidados individualizados centrados nos pais; controle ambiental de luz e som; adequação postural e amamentação. Diferentemente dos outros países, adotou-se a terminologia Método Canguru e não Mãe Canguru, considerando que é uma experiência na qual o pai, avó e outros familiares tem participação ativa e fundamental<sup>5, 2</sup>. Atualmente são cinco países que adotaram o MC como política pública de Saúde: Colômbia, Peru, Moçambique, Indonésia e Brasil<sup>6</sup>. É também utilizado em muitos países desenvolvidos como Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Espanha, Noruega, Suécia e Dinamarca apresentando experiências visando o aumento do vínculo mãe-filho devolvendo maior segurança da família e estimulando o aleitamento materno. Na Europa o cuidado Canguru está nas Unidades Neonatais e não são encontradas descrições de práticas domiciliares<sup>5</sup>.

A norma de orientação para implantação do MC dividiu o método em três etapas: a primeira inicia-se nas unidades de terapia intensiva e/ou cuidados intermediários. Nessa fase a norma determina que haja livre acesso e participação da família nos cuidados com o bebê e contato pele a pele progressivo até a posição canguru. A segunda é relativa quando o bebê fica em alojamento conjunto. A mãe exercita a amamentação e fornece cuidados específicos com o prematuro. A terceira é fase domiciliar. O bebê é acompanhado no ambulatório pela equipe a cada dois ou três dias inicialmente e depois semanalmente até atingir 2.500 gramas ou mais, ocasião que é encaminhado para rede pública de saúde<sup>2</sup>.

De acordo com algumas pesquisas, o MC reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido favorecendo o vínculo afetivo<sup>4,7</sup>, permite um controle térmico adequado<sup>8,9,10</sup>, aumenta as taxas de aleitamento materno<sup>3,11,12</sup> e melhora a qualidade do desenvolvimento sensório motor<sup>13,14</sup>, contribuindo assim para o aumento do peso corporal e aumentando a perspectiva de alta hospitalar, inserindo

o recém-nascido mais rapidamente em seu núcleo familiar. O estado do Tocantins capacitou cinco equipes de saúde no ano de 2010: Araguaína, Augustinópolis, Palmas, Paraíso, Porto Nacional e Gurupi no total de 27 profissionais de nível superior. Em Gurupi, participaram da capacitação uma enfermeira, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e eu como fisioterapeuta. Assim como coordenadora do Método Canguru juntamente com a equipe envolvida implantamos a primeira etapa do MC no Hospital Regional Público de Gurupi (HRPG) na Unidade de Intermediária Neonatal (UI) e descrevo aqui todo o processo de implantação.

### **Método**

Este estudo foi realizado no HRPG, um hospital de referência que atende toda a região sul do estado do Tocantins e que foi criado no dia 1º de dezembro de 1989, atualmente contando com uma estrutura de 130 leitos. Sua estrutura é disposta em duas partes: uma adulta que contém pronto de socorro, clínica médica, clínica cirúrgica, duas UTIs adulto e centro cirúrgico. Outra parte materno-infantil com 18 leitos pediátricos, um pronto de socorro infantil, um centro obstétrico, 16 leitos obstétricos e uma unidade intermediária neonatal com quatro leitos. Não há unidade de terapia intensiva neonatal sendo que quando há necessidade deste serviço o recém-nascido é encaminhado para capital do estado, Palmas (a 243 quilômetros de Gurupi). Este estudo é um relato de experiência analítico descritivo, cujo objetivo é relatar e analisar o processo de implantação da primeira etapa do MC no HRPG.

### **Processo de implantação**

O primeiro contato do HRPG com o MC ocorreu em agosto de 2010 quando foram convidadas quatro profissionais de saúde (enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga) para capacitação do curso de 40 horas do Método Canguru (formação de tutoras) em Palmas. Foi realizada a capacitação entre os dias 09 e 13 de agosto de 2010. Logo após foi realizada uma reunião entre as novas tutoras e definido as datas das primeiras capacitações para disseminação do método. Todos os cursos de capacitação e treinamento estão apresentados nas tabelas e gráficos a seguir.

**Tabela 01. CAPACITAÇÕES DO MÉTODO CANGURU 30 HORAS**

<i>TURMA</i>	<i>DATA</i>	<i>COLABORADORES</i>	<i>TURNO</i>
I	25, 26, 28, 29 de outubro de 2010	12	Diurno
II	08, 09, 11 e 12 de novembro de 2010	14	Diurno
III	16, 17, 18 e 22 de novembro de 2010	40	Diurno
IV	22 a 27 de novembro de 2010	20	Noturno e dia 27(diurno)
V	14, 15, 17 e 18 de março de 2011	38	Diurno
VI	21 a 26 de março de 2011	47	Noturno e 26(diurno)
VII	25 e 26 de junho de 2012	29	Diurno

**Tabela 02. TREINAMENTO DO MÉTODO CANGURU**

<i>TURMA</i>	<i>DATA</i>	<i>COLABORADORES</i>	<i>TURNO</i>
I	30/05/11	18	Vespertino
II	23/11/11	6	Matutino
III	23/11/11	8	Vespertino
IV	25/11/11	11	Matutino

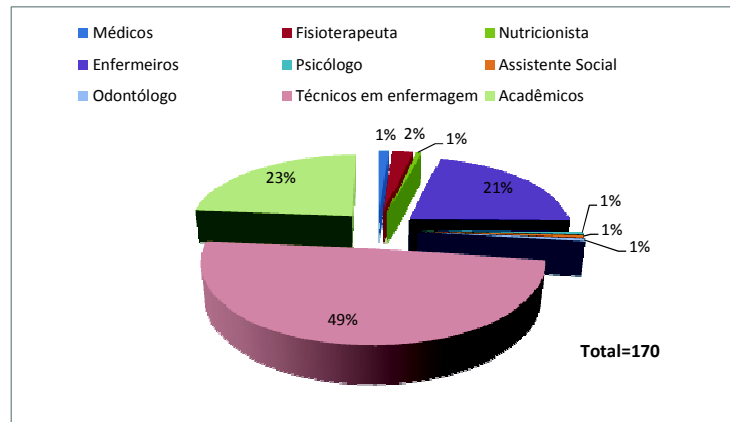
Todos os cursos receberam a mesma programação, diferenciando-se apenas em períodos diurnos e noturnos, atendendo a demanda e o horário de trabalho de cada equipe de saúde. Foram realizados com carga horária de 30 horas semanais com o mesmo conteúdo no sistema de ensino do PBL (*Problem Basic Learning*-Aprendizado Baseado em Problemas) o qual proporciona aos profissionais a possibilidade de formar cidadãos críticos e transformar a sua realidade e não de serem manipulados ou condicionados por um sistema de alienação. No PBL, a aprendizagem do aluno é impulsionada por problemas a partir do qual os alunos identificam os objetivos de aprendizagem que se concentram em suas necessidades<sup>15</sup>. Os cursos foram realizados com aulas expositivas, dinâmicas de grupos, vídeos, práticas de cuidados e grupos tutoriais que eram compostos por um tutor e no máximo dez alunos. As atividades foram desenvolvidas de forma que um dos alunos desempenhava papel de coordenador e outro de secretário alternando-se as posições a cada problema proposto. Foram apresentados três problemas durante toda a capacitação onde foi seguida uma sequência de sete passos (Quadro 1)<sup>16</sup> que deviam ser rigorosamente obedecidos para o sucesso da metodologia.

**Quadro 1.** Os sete passos a serem seguidos durante o processo tutorial na aprendizagem baseada em problemas

1	Apresentação do problema (leitura pelo grupo) e esclarecimento de termos e conceitos desconhecidos
2	Análise do problema e identificação, no mesmo, das questões de aprendizagem consideradas relevantes pelo grupo.
3	Formulação de explicações hipotéticas para essas questões com base no conhecimento prévio que o grupo tem sobre o assunto (tempestade de ideias “ <i>brain-storm</i> ”).
4	Resumo das explicações identificando as lacunas do conhecimento.
5	Estabelecimento e listagem dos objetivos de aprendizagem, os quais levam o estudante a comprovar/negar, aprofundar, complementar as explicações.
6	Estudo individual respeitando os objetivos estabelecidos.
7	Rediscussão do problema no grupo tutorial, embasada no conhecimento obtido pelo grupo, respondendo aos objetivos, confirmando ou refutando as hipóteses formuladas, chegando a uma solução para o problema.

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno do Tutor, 2011.

Com essa metodologia foram capacitados 130 profissionais que trabalham no HRPG e 40 acadêmicos capacitados até 2012 conforme gráfico abaixo. Porém havia ainda a necessidade de se oferecerem mais capacitações, devido aos novos funcionários ou às trocas de setores. Assim sendo, foi definida a possibilidade de se realizarem duas capacitações anuais, caso necessário.

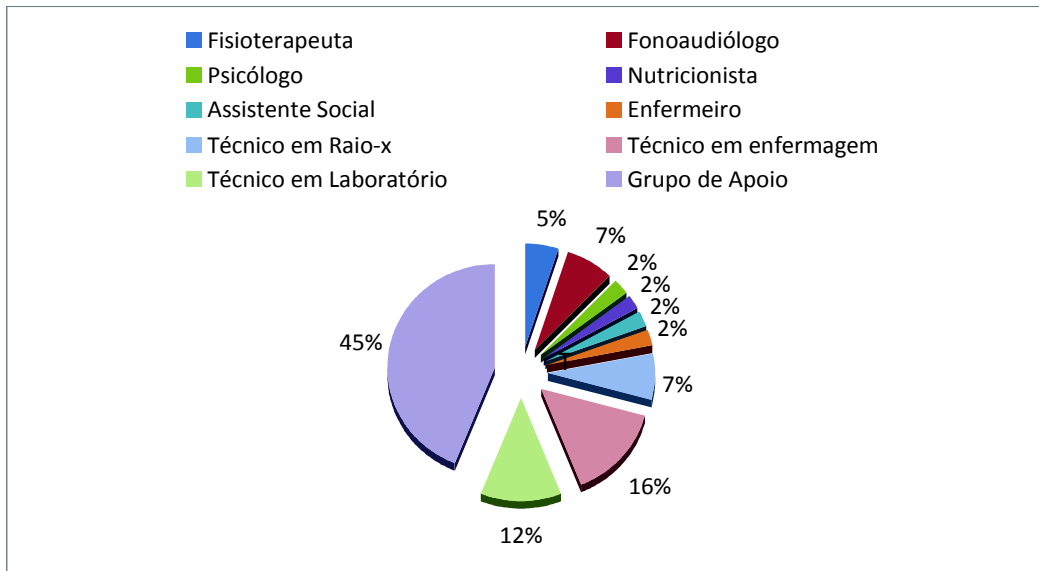


**Figura 1:** Capacitados do MC no curso 30 horas

### ***Cursos de treinamento***

Os cursos de treinamento foram oferecidos em apenas quatro horas para os profissionais que já haviam feito o curso descrito anteriormente ou ainda para a equipe de apoio que não atuava diretamente no atendimento desses neonatos.





**Figura 2:** Profissionais que participaram da modalidade Treinamento no Método Canguru

### Mudanças de atitudes e materiais

Paralelamente às capacitações foram ocorrendo mudanças de atitude dentro da UI. A 1ª etapa busca principalmente estas mudanças (o que não é fácil para o ser humano). Essa etapa é marcada pela dedicação da equipe de saúde na realização deste processo. Todas as mudanças de atitude estão de acordo com o Manual do Método Canguru<sup>2</sup> e foram referentes à:

Atitude	Antes da Implantação da 1ª Etapa	Após a Implantação da 1ª Etapa
<b>Ruídos</b>	Ambiente com muito ruído: aparelho de televisão, som, celular, telefone alto, ar condicionado ruidoso, conversas, sapatos com saltos barulhentos.	A primeira medida foi a retirada da televisão e impedimento de qualquer outro equipamento de áudio visual. Após as capacitações foram diminuindo os ruídos dentro da unidade através do uso do celular no modo silencioso, conversas dentro da unidade em um tom de voz mais baixo, abertura da incubadora com cuidado para não ter ruído, uso de sapato com sola emborrachada. Uso da hora do Psiu: Foram realizadas placas com palito de madeira e círculos de papel cartão coloridos com objetivo de reduzir o barulho, levanta-se a placa quando é observada alguma notificação para os demais membros da equipe, no qual o * Verde significa: Siga assim, ambiente silencioso; *Amarelo: Atenção melhore o silêncio; *Vermelho: Perigo, poluição sonora; Rosa: Parabéns! Os recém-nascidos (RN) agradecem.
<b>Iluminação</b>	As incubadoras não tinham nenhuma cobertura para reduzir a iluminação forte e direta das lâmpadas.	Foram colocados inicialmente tecido de cor escura em cima das incubadoras e por iniciativa das enfermeiras da unidade foram colocados blackouts para barrar a iluminação da unidade e desligadas as luzes no período vespertino para maior tempo de sono profundo.
<b>Troca de Fraldas</b>	A troca de fraldas era realizada em decúbito dorsal elevando-se as pernas podendo provocar refluxo gastroesofágico.	A troca de fraldas passou a ser realizada em decúbito lateral evitando o RGE com orientação às mães e familiares para realização do procedimento.

<b>Atitude</b>	<b>Antes da Implantação da 1ª Etapa</b>	<b>Após a Implantação da 1ª Etapa</b>
<b>Banho</b>	Era realizado embaixo do chuveiro todos os dias inclusive à noite.	Foram adquiridas banheiras pequenas para melhor acomodação do prematuro e o banho passou a ser de forma embrulhada na banheira retirando-se o tecido pouco a pouco para não provocar desconforto ao recém-nascido (RN), foi ensinado aos familiares a realizar este banho. O banho é realizado conforme peso do RN: 500g a 1000g-realiza higiene íntima; 1001g a 1300g- uma vez por semana; 1301g a 1999g-duas por semana; acima de 2000g – três vezes por semana <sup>17</sup> .
<b>Sonda Nasogástrica</b>	A sonda era fixada na região acima do lábio superior.	Passou a ser fixada através de micropore e fios de gaze no osso zigomático, obtendo maior conforto para o prematuro.
<b>Pesagem</b>	Os RNs eram pesados somente com a fralda em horário estipulado 6 horas da manhã.	A pesagem é realizada com o RN embrulhado na hora em que ele acorda pela manhã, tarase o peso do pano e fralda.
<b>Visitas</b>	A entrada do pai era permitida somente no horário de visitas.	Pai e mãe têm livre acesso; familiares no período de visita. Podendo ocorrer dos familiares visitarem fora do horário de visitas quando não há outras visitas no mesmo horário.
<b>Recursos não farmacológicos para minimização da dor</b>	Não era utilizado nenhum recurso	Estão sendo realizadas a sucção não nutritiva (dedo enluvado na boca do RN para fazer sucção) e a glicosada (glicose a 25%) 3 minutos antes de qualquer procedimento que cause dor ou desconforto.

Atitude	Antes da Implantação da 1ª Etapa	Após a Implantação da 1ª Etapa
<b>Aninhamento e posicionamento</b>	Não se realizava aninhamento, o RN era colocado sem nenhum suporte na incubadora.	É realizada a confecção de ninhos com uso de malha tubular e algodão ortopédico para todos RN, assim são posicionados em todos os decúbitos: Decúbito Dorsal: é colocado um suporte de pano na região da cabeça e um rolinho na fossa poplíteia permitindo uma maior flexão. Decúbito Lateral: É colocado um suporte na região da cabeça e um rolinho longo desde as costas para dar apoio passando entre as pernas e entre as mãos. Decúbito Ventral: É colocado também um suporte na região da cabeça que deve ser lateralizada e um rolinho na região abdominal para aumentar a flexão.
<b>Posição Canguru</b>	Não era estimulado o contato pele a pele.	Está sendo estimulado o contato pele a pele na mãe, pai e outro familiar. Atualmente foi confeccionada a camisola e bolsa própria do kit Canguru. O RN é colocado dentro da bolsa amarrada na mãe, é realizado o contato pele a pele (mãe despida parte superior do tronco e RN com fralda) pelo tempo que a mãe achar necessário.

Em relação a mudanças materiais foi realizada a troca do ar condicionado de alto ruído por um silencioso, assim como do aparelho telefônico. Foram adesivadas todas as janelas por um adesivo branco para controle de iluminação. Foi trocada a mesa de ferro da prescrição que apresentava ruído por uma de madeira sem ruídos. Ainda necessita-se de mudança física como a ampliação da unidade para permitir um maior espaço para colocação de poltronas entre cada incubadora, para realização da posição canguru.

### **Documentos**

Foi criado um formulário de registro para todos RNBP que participam do MC. Temos dessa forma um controle de quantos passaram pelo método e se receberam a assistência humanizada preconizada. Estão disponibilizadas pastas contendo manual, protocolo e rotinas para equipe de saúde, conforme a Portaria nº1683/2007.

### **Resistências**

Uma das maiores resistências foi quanto à mudança de hábitos na equipe de saúde: algumas técnicas foram resistentes a tais mudanças porém, com o passar do tempo, foram aceitando o MC. Outra resistência veio por parte dos médicos, uma vez que até o momento somente dois fizeram a capacitação.

### **Momento Atual**

Alguns da equipe de saúde não realizam todos os procedimentos, outros se esquecem de o fazer. O Ministério da Saúde <sup>2</sup> preconiza capacitar 80% da equipe envolvida. Nós capacitamos mais de 80%. Na UI faltam apenas duas técnicas, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e três médicos para capacitação completa de toda a equipe. Há necessidade de realização de mais capacitações principalmente para os médicos. É necessária também a organização e ampliação do local da UI para melhor acomodação das mães, para realização da posição canguru e creditação dessa primeira etapa.

### **Considerações Finais**

O MC fortaleceu o processo de humanização dentro do HRPG. Os profissionais ficaram muito mais sensibilizados quanto ao atendimento do recém-nascido/Mãe/família. O MC não veio para economizar recursos financeiros e sim para proporcionar uma atenção humanizada. Tem-se que continuar com mais capacitações para que 100% da equipe seja atingida. Além de beneficiar os prematuros, conseguimos alcançar outros benefícios como melhor relacionamento da equipe e melhor assistência à família, possibilitando um ambiente de trabalho mais favorável e agradável a todos envolvidos.

## Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde da Saúde da Criança. Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru). Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 20 p.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso Método Canguru. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. 204 p.
3. Almeida H, Venâncio SI, Sanches MT, Onuki D. Impacto do Método Canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *Jornal de Pediatria*. 2010; 86(3):250-253.
4. Silva OPV. Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2003.122p.
5. Lamy Z, Gomes MAS, Gianini NOM, Henninh MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru:a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 659 -668.
6. Cardoso ACA, Romiti R, Ramos JLA, Issler H, Grassiotto C, Sanches MTC.Método Canguru aspectos atuais. *Pediatria*. 2006;28(2):128-34.
7. Caetano LC, Scochi CGS, Angelo M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(4):562-8.
8. World Health Organization. Kangaroo Mother Care: a practical guide. Genebra: WHO; 2003.
9. Tenório EAM; Gecele CM, Gutierrez SB, Ferreira ERS, Medeiros AA, Tavares, CAE. Avaliação dos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos pré-termos de baixo peso antes e após a aplicação do método mãe-canguru. *Fisioterapia Brasil*. 2010; 11(1): 44-48.
10. Almeida CM, Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Rev. bras. Fisioter*. 2007; 11(1): 1-5.
11. Sanches MTC. Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do Método Mãe-Canguru. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.180p.
12. Lamy Filho F, *et al*. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *J Pediatr*. 2008; 84(5): 428-435.
13. Mota LA, Sá FE, Frota MA. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório motor de Recém- nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva e do método canguru. *Revista brasileira em promoção em saúde*.2005; 18(4) :191-198.

14. Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Kangaroo Mother Method for low-birthweight infants. Lancet 1994;344:1304-5.
15. Walsh A. The tutor in PBL. Problem based learning. A novice's guide. McMaster University . Health Sciences. Hamilton on Canadá. 2005. 44 p.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Caderno do Tutor. Brasília, 2011.80p.
17. Souza VHS, Mozachi N. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar: 3ªed. Curitiba: Manual Real; 2009.

**Endereço para correspondência:**

Kênia Nogueira Ayres Argeo

Rua N-04 entre avenidas Amapá e Rio Branco, nº 64, Setor Novo Horizonte

Gurupi – TO

CEP: 77413-140

e-mail: [keniaayres@gmail.com](mailto:keniaayres@gmail.com)