

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA  
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR  
ENVOLVIDOS NO MÉTODO MÃE CANGURU**

**MILENE XAVIER MARIANO SERRANO**

**RECIFE  
2012**

**MILENE XAVIER MARIANO SERRANO**

**SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR  
ENVOLVIDOS NO MÉTODO MÃE CANGURU**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.

**ORIENTADORA:**

PROFª DRA. ANA CLÁUDIA VASCONCELOS MARTINS DE SOUZA LIMA

**CO-ORIENTADORA:**

PROFª DRA. SILVIA WANICK SARINHO

**LINHA DE PESQUISA:**

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: AVALIAÇÃO, FATORES DETERMINANTES E PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO.

**RECIFE  
2012**

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Giseani Bezerra, CRB4-1738

S487s      Serrano, Milene Xavier Mariano.  
Satisfação do profissional de saúde da equipe multidisciplinar  
envolvidos no método mãe canguru / Milene Xavier Mariano Serrano. –  
Recife: O autor, 2012.  
89 folhas : il. ; 30 cm.

Orientador: Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do  
Adolescente, 2012.  
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Satisfação no Emprego. 2. Método Mãe-Canguru. 3. Equipe de  
Assistência ao Paciente. I. Lima, Ana Cláudia Vasconcelos Martins de  
Souza (Orientador). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2012-164)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



RECIFE, 25 de abril de 2012

MENÇÃO DA MESTRANDO (A):

**Milene Xavier Mariano Serrano**

MENÇÃO: APROVADA

**PROF<sup>a</sup>. SILVIA WANICK SARINHO**  
(MEMBRO INTERNO – DEPTO. MATERNO - INFANTIL - UFPE)

**PROF<sup>a</sup>. SILVIA REGINA JAMELLI**  
(MEMBRO INTERNO - DEPTO. CLÍNICA E ODONTOLOGIA PREVENTIVA - UFPE)

**PROF<sup>a</sup>. RAQUEL COSTA ALBUQUERQUE**  
(MEMBRO EXTERNO – DEPTO TERAPIA OCUPACIONAL - UFPE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Sílvio Romero Barros Marques

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DIRETOR**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO**  
**ADOLESCENTE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

**COLEGIADO**

Profa. Dra. Giselia Alves Pontes da Silva  
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima  
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima  
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho  
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira  
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho  
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho  
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann  
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta  
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz  
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos  
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli  
Profa. Rosemary de Jesus Machado Amorim  
Profa. Dra. Ana Bernarda Lurdermir  
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima  
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes  
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga  
Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo  
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeira de Góes  
Jackeline Maria Tavares Diniz (Representante discente - Doutorado)  
Fabiana Cristina Lima da Silva Pastich Gonçalves (Representante discente - Mestrado)

**SECRETARIA**

Paulo Sérgio Oliveira do Nascimento  
Juliene Gomes Brasileiro  
Janaína Lima da Paz

PARA MIRIAM, MINHA MÃE.

RAZÃO DE TUDO ISSO.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que é a base de quem sou e provedor da minha vida.

À **Minha Família**, em especial minha mãe, pelo imenso amor que me devota e pelo apoio constante, e minha irmã, pela torcida, pelo carinho e pelo amor sempre constantes.

Ao meu **Marido Jorge**, pela paciência e pela participação ativa nesse processo, pelo apoio, e pelo amor sincero que mudou a minha vida. Amo você.

À **minha mais nova família**, representada por minha sogra Regina, meu sogro Bartolomeu, minha cunhada Carol, meu co-cunhado Brunno e meu sobrinho Bernardo, pelo carinho, alegria, AMOR e acolhimento.

Ao meu **pai Luiz Carlos** que de sua maneira me deu amor e carinho e me incentivou a crescer profissionalmente. **E ao meu pai 2 Reginaldo**, por toda dedicação, por todos os ensinamentos, por me fazer feliz e sentir-me amada.

À **Matilde, tia Dadá e Diego**, por serem companheiros, verdadeiros, pela dedicação imensa, pela alegria e principalmente por serem parte integrante da minha vida.

À **Professora Dra. Ana Cláudia Lima** que, desde a graduação, mostrou-me o verdadeiro significado da Terapia Ocupacional. Serei sempre grata pelo aprendizado, pela dedicação, pelos puxões de orelha, pelo crescimento pessoal e profissional, pelas palavras de acolhimento nas horas certas e por tornar possível esse sonho.

À **Professora Dra. Silvia Sarinho**, por aceitar que eu desse continuidade ao seu projeto de pesquisa, por participar desse processo e pela co-orientação nesse trabalho.

Às **minhas amigas do mestrado, Brenda Araújo, Mônica Loureiro, Karen Maciel e Alexsandra Costa** por todas as incertezas e angústias compartilhadas nesse processo e principalmente por permitirem a vivência de momentos especiais nesses dois anos, por dividirem a alegria das conquistas que jamais serão esquecidas e por construirmos uma amizade sincera.

À **Ana Carollyne Dantas (Carolzinha)**, agradeço a companhia, amizade, paciência e dedicação no processo de construção dessa dissertação. Espero um dia poder retribuir tudo que fizestes por mim. Meus sinceros agradecimentos.

Às **auxiliares de pesquisa Daniela Souza, Daniela Freitas e Luiza Asfora**, muito obrigada por participarem dessa pesquisa e pela persistência na coleta de dados.

À **amiga-irmã Izabela**, por estar presente em todos os momentos de minha vida. É maravilhoso poder contar com você.

Ao **Instituto Materno Infantil Profº Fernando Figueira, ao Hospital Barão de Lucena, ao Hospital Agamenon Magalhães e ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros**, por cederem espaço para realização da pesquisa.

Aos **profissionais participantes dessa pesquisa**, obrigada pela paciência, pelo tempo dedicado a responder o questionário e pela atenção a mim concedida. Sem a participação de vocês a conclusão desse estudo não seria possível.

A **todos os professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente** pela participação no processo de construção do conhecimento.

À **equipe da secretaria, Paulo, Julienne e Janaína**, pela competência com que realizam o trabalho, pela atenção e pelo carinho;

Às **amigas, Marina Borba, Débora Danielle, Myrna Vasconcelos, Ana Claudia Pereira**. Porque é maravilhoso ter vocês como amigas.

À **minha querida prima Tatiana** por nossa relação fraterna e verdadeira.

À **Raquel Albuquerque**. Com ela a contribuição foi além da Terapia Ocupacional. Não tenho palavras para agradecer o carinho, a amizade e o apoio.

Às **Professoras Drª. Rosemary Amorim e Drª. Sônia Bechara** pelo apoio e pelas valiosas contribuições durante a construção deste estudo.

Ao **CNPq** pelo financiamento desta pesquisa e da bolsa de estudo.



"INVESTIR EM CONHECIMENTO PODE NOS  
TORNAR SÁBIOS... MAS AMOR E FÉ NOS  
TORNAM HUMANOS".

*AUTOR DESCONHECIDO*

## RESUMO

Nos últimos anos, a Institucionalização ampliada, da “Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru”, nas maternidades, gerou estudos da sua implantação, porém esses precisam de uma abordagem mais precisa sobre aspectos do processo de trabalho, como o grau de satisfação dos profissionais visto que para desenvolver uma assistência humanizada e adequada ao recém-nascido de baixo peso é necessário que o profissional de saúde esteja satisfeito na realização das suas atividades no trabalho. O objetivo desse estudo é conhecer a satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar envolvidos no Método Mãe-Canguru. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e caráter avaliativo, realizado entre os anos de 2010 e 2011, com 322 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar recrutados em 04 unidades de Saúde que possuem o Método Mãe-Canguru implantado, em Recife-PE. A amostra foi intencional e composta por aqueles que cumpriram com os critérios de inclusão. Foram excluídos os profissionais que tinham menos de 03 (três) meses de atuação no método e/ou que se recusaram a responder o questionário. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário adaptado desenvolvido em projeto anterior, estruturado e auto-administrado, contendo 81 questões. O questionário, construído utilizando a técnica Delphis, contém perguntas fechadas por forma a garantir respostas às alíneas formuladas e contempla 05 (cinco) dimensões as quais retratam elementos normativo do manual do Método Mãe-Canguru elaborado pelo Ministério da Saúde, sendo estes: estrutura física e equipamentos, recursos, rotinas, vínculo institucional, participação dos usuários, além da satisfação geral. Os profissionais escolhiam uma das cinco alternativas por questão, traduzindo uma escala Lickert (de 1 a 5) com relação à desconfirmação. Considerou-se satisfação a desconfirmação positiva pontuações 4 e 5 e não satisfação a desconfirmação negativa pontuações 1 e 2. O valor 3 no estudo denota zona neutra, também chamado de zona de tolerância, ou seja, nem satisfeitos nem insatisfeitos. Quanto aos resultados, dos 322 entrevistados, 96,6% eram do sexo feminino e 78% eram plantonistas nas Unidades de Saúde estudadas. Foi observado que 55,9% da amostra receberam treinamento no método, tendo estes recebido apenas um treinamento nos últimos 2 anos. Houve predomínio da desconfirmação negativa (não satisfação) na dimensão estrutura física e material (MP= 2,71), assim como recursos humanos (MP= 2,76), e vínculo institucional (MP=2,67), salientando-se a não satisfação para acesso a treinamentos periódicos no método (> 47%) e para reconhecimento institucional sobre seu trabalho no Método Mãe-Canguru (49,1%). Na dimensão rotinas, houve predomínio de desconfirmação positiva (MP=3,31), ressaltando a satisfação dos profissionais para o cumprimento da norma de livre acesso das mães/familiares na 1ª etapa (73,6%). Houve um equilíbrio entre a satisfação e a não satisfação na dimensão usuários (MP=3,02), chamando a atenção para a não satisfação à aceitação das mães no tempo de permanência hospitalar no Método Mãe-Canguru na 2ª etapa (42,6%) e para a satisfação o livre acesso dos pais a unidade de cuidados intensivos na 1ª etapa (68,9%). Houve satisfação geral dos trabalhadores de saúde da equipe multidisciplinar com o Método (MP=3,47). Conclui-se então que a medida de desconfirmação permitiu averiguar diferencial de satisfação entre dimensões importantes no processo de trabalho no Método Mãe-Canguru e que os resultados desse estudo demonstram a necessidade de mudanças na prática assistencial no Método estudado, além da realização de mais estudos sobre satisfação e qualidade do trabalho.

Descritores: satisfação no emprego, Método Mãe-Canguru, equipe de assistência ao paciente.

## ABSTRACT

In recent years, the increased institutionalization of the "Humanized Care Newborn - Low Birth Weight - Kangaroo Mother Care" in maternity wards, led studies of its implementation, but these require a more precise aspects of the work process, as the degree of professional satisfaction as to develop a humane and appropriate care to newborns of low birth weight is necessary for the health professional is satisfied in performing their work activities. The aim of this study was to determine the degree of satisfaction in health professionals of the multidisciplinary team involved in the Kangaroo Mother Care. This is a descriptive, cross-sectional and character evaluation, conducted between 2010 and 2011, with 322 health professionals of the multidisciplinary team recruited from 04 health units that have implemented Kangaroo Mother Care in Recife - PE - Brazil. The sample was intentional and composed by those who met the inclusion criteria. We excluded workers who had less than 03 (three) months of operation in the method studied and / or refused to answer the survey. Was used as an instrument of data collection a questionnaire adapted developed in previous project, structured self-administered, containing 81 questions. The questionnaire was constructed using the technique Delphis, contains closed questions to ensure responses to points raised and includes five (05) dimensions which portray elements of the legislative manual Kangaroo Mother Care prepared by the Ministry of Health, these being: physical structure and equipment, resources, routines, link building, user participation, and overall satisfaction. The professionals chose one of the five choices per question, reflecting a Lickert scale (1-5) in relation to disconfirmation. It was considered positive disconfirmation satisfaction scores 4 and 5 and not a negative disconfirmation satisfaction scores 1 and 2. The value 3 denotes a neutral zone in the study, also called zone of tolerance, in other words, neither satisfied nor dissatisfied. In the results, the 322 respondents, 96.6% were female and 78% were physicians in the health units studied. It was observed that 55.9% of the sample were trained in the method, and these have received only one training in the last two years. There was a predominance of negative disconfirmation (not satisfaction) in the dimension physical structure and equipment (MP = 2.71), as well as human resources (MP = 2.76), and institutional bond (MP = 2.67), highlighting the no satisfaction for access to periodic training in the method (> 47%) and institutional recognition for their work on the Kangaroo Mother Care (49.1%). In the dimension routines was predominantly positive disconfirmation (MP = 3.31), emphasizing the professional satisfaction to meet the standard of free access of mothers / families in the 1st round (73.6%). There was a balance between satisfying and not satisfying the size users (MP = 3.02), calling attention to the failure to meet the acceptance of the mothers in hospital length of stay in the Kangaroo Mother Care in the 2<sup>nd</sup> stage (42.6%) and the satisfaction of parents free access to intensive care unit in a second stage (68.9%). There was general satisfaction of health workers of the multidisciplinary team with the method (MP = 3.47). It was concluded that the measure of disconfirmation allowed to ascertain differential satisfaction between important dimensions in the work process in Kangaroo Mother Care and the results of this study demonstrate the need for changes in care practice in study method, in addition to further studies satisfaction and quality work.

Keywords: job satisfaction, Kangaroo Mother Care, patient care team.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITURATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>Método Mãe-Canguru e o Recém-Nascido de Baixo Peso .....</b>	<b>17</b>
<b>Satisfação no Processo de Trabalho .....</b>	<b>22</b>
<b>Satisfação do Profissional de Saúde da Equipe Multidisciplinar no Método Mãe-Canguru .....</b>	<b>25</b>
<b>3 MÉTODO. ....</b>	<b>30</b>
<b>Desenho do Estudo .....</b>	<b>31</b>
<b>Seleção dos Sujeitos e Período do Estudo .....</b>	<b>31</b>
<b>Critérios do Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>Instrumento de Avaliação .....</b>	<b>32</b>
<b>Procedimentos para o Recrutamento dos Sujeitos e Estratégias de Ação.....</b>	<b>32</b>
<b>Amostra.....</b>	<b>33</b>
<b>Variáveis do Estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>Análise Estatística.....</b>	<b>35</b>
<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>36</b>
<b>4 ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>37</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>38</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>39</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>41</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>55</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>
<b>TABELAS .....</b>	<b>59</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO MÉTODO MÃE-CANGURU.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO C – REGRAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL.....</b>	<b>86</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

O Método Mãe-Canguru (MMC) no Brasil está entre as ações implantadas para diminuir a morbi-mortalidade no período neonatal. Esse método baseia-se na promoção do contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, envolvendo a mãe nos cuidados com seu filho, proporcionando acolhimento ao Recém Nascido (RN) e sua família, promovendo um cuidado individualizado (CARVALHO; GOMES, 2005; VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Para prestar assistência aos RN, em especial aos recém-nascidos de baixo peso (RNBP) o MMC conta com uma equipe de saúde multidisciplinar composta por técnicos de Enfermagem, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas, os quais se propõem a humanizar as práticas de saúde, buscando efetivar o trabalho com qualidade e eficiência, devendo ser motivados para que haja mudanças nas suas ações no processo de trabalho (ALVES; SILVA; OLIVEIRA, 2007; FELDMAN et al, 2002, VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo doente ou indivíduo/grupo sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumento de trabalho as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; e como produto final um serviço que busca ser qualificado, e ter profissionais satisfeitos e consequentemente motivados para desempenhar seu trabalho (BORGES, 1998; CARDOSO et. al., 2006)

Deste modo, para que os profissionais envolvidos com a prática no MMC estejam motivados, segundo recomendações do Ministério da Saúde (MS) em seu manual técnico, existem fatores, os quais estão relacionados a uma hierarquia de necessidades, dentre eles o principal é a Satisfação no trabalho. A mesma trata-se de um estado subjetivo, de um fenômeno complexo e de difícil mensuração, refletindo em parte o bem estar individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de maneira positiva (BATISTA et al, 2005, JOIA, RUIZ, DONALISIO, 2007, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Assim, o grau de satisfação do indivíduo é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica, trazendo consequências negativas no desempenho do profissional no processo de trabalho e na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (MARTINEZ, PARAGUAY, 2003).

Tendo em vista a importância do trabalho para o ser humano e o número reduzido de estudos sobre as associações entre satisfação e capacidade para o trabalho, fica evidente que esta é uma área de investigação que deve ser pesquisada no sentido de verificar como a satisfação no trabalho pode contribuir para a preservação ou ampliação da capacidade para o mesmo.

O fato do MMC apresentar uma proposta de humanização no atendimento ao RNBP e para tal possuir uma equipe de saúde multidisciplinar motivou esse estudo, visto que algumas pesquisas revelam que a qualidade no serviço está diretamente relacionada com a satisfação no trabalho. Portanto para eficácia desse método é necessário um bom desempenho do profissional de saúde no trabalho, estando o mesmo satisfeito, incluindo aspectos como estrutura física e material, recursos humanos, rotina de trabalho e vínculo institucional.

Esta dissertação está vinculada a linha de pesquisa de crescimento e desenvolvimento infantil e foi estruturada em quatro capítulos, com abordagem quantitativa. O primeiro capítulo fundamenta cientificamente a proposta desse estudo através da revisão da literatura sobre o MMC e a satisfação do profissional de saúde no processo de trabalho. O segundo é o capítulo de métodos que descreve o percurso metodológico aplicado na pesquisa, de forma a permitir sua reprodutibilidade em pesquisas futuras. O terceiro capítulo trata-se da apresentação dos resultados encontrados na pesquisa, sob forma de um artigo original, que segue as regras de publicação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (ANEXO C). O objetivo proposto na pesquisa foi conhecer a satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar envolvidos no Método Mãe-Canguru. Este objetivo visou responder ao seguinte questionamento: Existe satisfação/ insatisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar envolvidos no Método Mãe-Canguru?

Finalmente, no último capítulo, são apresentadas as considerações finais, discorrendo breves comentários relevantes quanto aos achados deste estudo.



## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **Método Mãe-Canguru e o Recém-Nascido De Baixo Peso**

Anualmente, nascem, em todo o mundo, cerca de vinte milhões de crianças com menos de 2.500g, sendo 95% nos países em desenvolvimento. Um terço dessas crianças morre antes de completar um ano de vida, em especial os RNBP. Entre as principais causas de mortalidade está a baixa qualidade da assistência prestada a essas crianças (MILTERSTEINER et al., 2003).

O baixo peso ao nascer e as altas taxas de mortalidade infantil constituem um grande problema de saúde pública, visto que o cuidado necessário à sua sobrevivência e desenvolvimento exige recursos expressivos com profissionais, instalações, equipamentos, e tecnologias. Estes recursos estão limitadamente disponíveis nos países em desenvolvimento, e muitas vezes são utilizados de forma inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Nos países em desenvolvimento há uma grande escassez de hospitais com infraestrutura e recursos adequados para dar a assistência necessária. Como alternativa aos cuidados tradicionais – de alta sofisticação tecnológica e alto custo - surgiu na Colômbia, o MMC, atualmente adotado em vários países do mundo (ALMEIDA et al., 2002; CHARPAK, RUIZ-PELÁEZ, FIGUEROA, 2001).

O MMC foi proposto por Rey e Martinez na Universidade Nacional de Bogotá, como alternativa ao cuidado tradicional para os RNBP, e foi implementado pela primeira vez no Hospital San Juan de Dios em 1979 (CATTANEO et al., 1994).

O objetivo principal dos autores supracitados era solucionar a pouca disponibilidade de equipamentos, que obrigava as equipes de saúde a colocar dois ou três recém-nascidos juntos na mesma incubadora, com conseqüente alta taxa de mortalidade por infecções cruzadas (TOMA, 2002; VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

Na década de 80, em alguns países desenvolvidos da Europa o MMC foi testado, com a constatação de segurança e boa aceitação por parte dos pais. A partir destas avaliações, houve a divulgação mundial para a aplicação do método, com sugestão de uso também em serviços de países desenvolvidos (TOMA, 2002).

Porém hoje, ainda é limitada a difusão do conhecimento sobre o MMC, e há diferenças na padronização quanto ao uso, relativos ao início, duração do contato pele a pele e momento de alta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o MMC como o cuidado do RNBP, após estabilização inicial, pele a pele com a mãe, iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada. É indicado para o recém-nascido pré-termo ou de baixo peso estável, que necessita de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O método implica em colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe e é desenvolvido em três etapas: a primeira relaciona-se a internação do RNBP, que esteja impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, na unidade; na segunda etapa, o RN encontra-se estabilizado e pode ficar com acompanhamento contínuo com sua mãe permanecendo em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível; a terceira etapa consiste em um adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta hospitalar, até o peso mínimo de 2.500 g, quando o RN de baixo peso é encaminhado para os serviços da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Alguns aspectos do MMC, quanto à diferente forma e período de aplicação do contato pele a pele, mas uniformemente têm mostrado resultados benéficos aos RN de baixo peso, proporcionando aos mesmos: aumento da duração do aleitamento materno exclusivo; crescimento adequado; controle térmico efetivo; bom controle de frequência respiratória e oxigenação; controle adequado da glicemia; bom padrão de sono; melhor condição de vínculo mãe/bebê e maior integração da família; melhor padrão de desenvolvimento motor e cognitivo; condições e redução da morbidade e mortalidade.

A equipe multidisciplinar de saúde do método mãe canguru é composta por assistente social, técnicos e auxiliares de Enfermagem, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas. É necessário que esta equipe de saúde conheça toda a extensão e a importância do método e esteja adequadamente treinada e satisfeita na realização das suas atividades de trabalho, para que ele possa ser exercido de maneira eficaz e proporcionar uma assistência adequada ao bebê hospitalizado (LIMA, JORGE, MOREIRA, 2006; VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no MMC. A ação multidisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

Pesquisas recentes revelam a resistência dos profissionais às mudanças de rotinas, mesmo reconhecendo que o Método Mãe-Canguru traz melhorias para a assistência ao RNBP (COLAMEO, REA, 2005).

Portanto, é necessário que haja envolvimento entre os profissionais e apoio das autoridades de saúde do governo local e da direção do hospital envolvido para que os resultados obtidos com a prática diária no MMC derrubem gradativamente as resistências acerca do método (CECCHETTO, 2002).

No Brasil, a proposta de humanização no cuidado neonatal recebeu influência da Pediatria do Desenvolvimento e do Newborn Development Care and Assessment Program (NIDCAP), que propõem uma abordagem de cuidados individualizados, por meio da atuação multidisciplinar, favorecendo o desenvolvimento do RN e agindo como facilitador do vínculo mãe-bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os estudos de Venâncio e Almeida (2004) mostram que os prematuros que receberam cuidados individualizados, isto é, modificação e adaptação dos cuidados fornecidos em resposta ao reconhecimento individual de suas necessidades, apresentaram melhor desempenho no desenvolvimento cortical, observado através de uma maior auto-regulação e comportamento calmo ao longo de intervenções.

O MMC iniciou-se no Brasil em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. A seguir foi implantado no Recife, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, e vem desde então sendo adotado em vários serviços de todo o País. No Hospital Guilherme Álvaro foram utilizados, inicialmente, o espaço e a equipe do alojamento conjunto, até que se dispusesse de instalações próprias e equipe multidisciplinar (CARDOSO et al., 2006).

Entre 1991 e 1999, no hospital acima citado, acompanhou-se 266 recém-nascidos por meio do método, com resultados favoráveis em oxigenação, manutenção da temperatura corpórea, baixa incidência de apneia e menor risco de broncoaspiração (MATTOS, 2011).

No Brasil, a partir de 1992, houve experiências pontuais e desde 1999, o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando na implantação e consolidação desta metodologia, incluindo-a nas diretrizes políticas da atenção à saúde de crianças com baixo peso ao nascer e prematuras, tendo como foco central a humanização da assistência, com a criação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. Atualmente a iniciativa tem adesão de mais de 250 unidades hospitalares no país e vem ocupando espaço no conhecimento científico, para subsidiar ações de assistência à saúde neonatal com uma visão mais ampla (ALVES, SILVA, OLIVEIRA, 2007, FELDMAN et al., 2002; KLAUS, KLAUS, KENNEL, 2000, VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

Desde julho/2000, uma parceria entre o Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), o MS e a Fundação Orsa está promovendo a difusão do MMC em todo o Brasil. Há uma recomendação para uso nas maternidades integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) das “Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”, que foram publicadas pela Secretaria de Políticas de Saúde e estão disponíveis na internet, na página do Ministério da Saúde do Governo Federal ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Desta forma, o Brasil foi o primeiro País que adotou o MMC como política pública, e que padronizou seus procedimentos. Atualmente, apenas cinco países no mundo adotaram o método como política pública: Colômbia, Peru, Moçambique, Indonésia e Brasil (SANCHES, 2005).

A maior parte das publicações científicas, com a aplicação do MMC, procede de países em desenvolvimento, como África do Sul e Colômbia, além do Brasil (BERGH, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SANCHES, 2005; TOMA, 2002).

Na Índia, foi constatado que o MMC possibilita adequado cuidado domiciliar ao recém-nascido de famílias da população rural, com impacto sobre a mortalidade infantil (BANG, BANG, BAITULE, 1999).

Recentemente, uma revisão da Cochrane Collaboration identificou apenas três estudos controlados que compararam o MMC com os cuidados convencionais de atenção aos RNBP. No geral, essa revisão concluiu que as evidências científicas ainda são insuficientes para que o método seja recomendado como rotina nos serviços. Concluem, ainda, que apesar do MMC parecer reduzir a morbidade infantil é necessário a realização de mais experimentos controlados e randomizados para uma conclusão abalizada. (CONDE-AGUDELO, DIAZ-ROSSELO, BELIZAN, 2004).

Entretanto, é importante ressaltar que os diferentes estudos não apontaram prejuízos da prática do MMC aos RNBP ou prematuros.

A OMS considera que ainda há necessidade de desenvolver pesquisas sobre a efetividade do MMC e sobre as vantagens em relação aos cuidados tradicionais, mas as evidências científicas indicam que o MMC traz benefícios à saúde do RNBP, reduz custo e tempo de internação hospitalar, humaniza a assistência, melhora o vínculo mãe-filho, ao dar à mãe função essencial no cuidado do recém-nascido, e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Ainda falta um maior número de estudos comparativos controlados entre o uso do MMC e os cuidados convencionais ao RNBP. É relevante destacar que tanto no Brasil, como nos países desenvolvidos, o MMC tem sido proposto como opção para uma parcela dos RNBP e não para substituir a tecnologia hoje utilizada nas unidades neonatais (TOMA, 2002; VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

O MS em seu manual técnico recomenda que a abordagem do método mãe Canguru seja mais ampla ao buscar motivar os profissionais envolvidos na sua execução para mudanças nas suas práticas como cuidadores. Essa mudança aponta a visão unificada entre assistência e ações humanizadas. A humanização possui aspecto mais amplo, e não depende apenas da ação do profissional voltada para os usuários, mas abrange também ações relativas ao processo de trabalho desses profissionais (LAMY, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

### **Satisfação no Processo de Trabalho**

Na história do trabalho, as sociedades passaram por diversas transformações em sua forma, tanto no modo como realizá-lo, quanto na maneira de pensar sobre ele. O trabalho nem sempre foi uma atividade remunerada e, por muito tempo, foi utilizado como uma forma de castigo. Em outras situações, quando remunerado, tratava-se de um valor irrisório, para atender apenas às necessidades de sobrevivência (LIMA, 2011).

Ao longo dos séculos, aconteceram mudanças e revoluções que levaram as sociedades a buscarem várias formas de adaptações para sobreviver. Da idéia de "tripallare", que significa martirizar-se com um instrumento de tortura denominado tripallium passou-se à de esforçar-se, lutar e finalmente, trabalhar com suas diversas conotações (ANJOS, 2001, KALINOWSKI, 2000).

Desde os primórdios, o trabalho vem sendo incorporado à vida humana, preenchendo cada vez mais espaços e alterando a forma de viver. Em consequência, novas necessidades vão surgindo como o reconhecimento, à valorização e o prestígio social, dentre outras, sendo que através do exercício profissional e nas relações laborais, há oportunidades para atendê-las (ANTUNES, SANT'ANNA, 1996).

O trabalho não é uma entidade, mas uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, incentivos e recompensas, em determinado contexto sócio-técnico. Por isso, o entendimento da satisfação no trabalho requer que essa atividade seja analisada em termos de seus elementos constituintes nas quais a satisfação geral no trabalho seja o resultado da satisfação com os diversos elementos deste (LUNNARDI FILHO, 1997; MARTINEZ, 2002).

Kalinowski (2000) considera o trabalho ligado ao retorno financeiro, que é convertido em um local para morar e condições de sobrevivência. E ainda, que é através do labor que se consegue realização e satisfação pessoal, a busca da felicidade, o preenchimento da vida com atos significativos para si e para os outros. Enfim, "significa a identificação, o reconhecimento dentro do contexto social, a inclusão na sociedade como um indivíduo produtivo".

A crescente globalização e a substituição do homem pela máquina têm gerado a necessidade de se resgatar os valores humanos, éticos e os relacionamentos interpessoais (MATSUDA, 2002).

A literatura tem mostrado que, desde a Antiguidade, existe uma preocupação com as razões pelas quais as pessoas agem ou pelas quais decidem o que fazer. Fatores que impulsionam as pessoas a fazerem algo, estão relacionados a uma hierarquia de necessidades como exercer um cargo, ter reconhecimento e progresso profissional, entre outros (VIEIRA, 2000).

Fazer com que as pessoas conheçam seu trabalho e desenvolvam plenamente suas capacidades, motiva e compromete os grupos de trabalhadores em direção aos objetivos comuns e compartilhados, porque se conseguem um respeito e conhecimento recíproco, fatores que são indispensáveis para obter-se a eficiência e equidade (BORGES, 1998).

O trabalho, qualquer que seja, deve ser fonte de satisfação para quem o executa e uma via de realização pessoal e desta forma torna-se, por consequência, uma satisfação na vida familiar e social. Ele é o mediador de integração social, seja por seu valor econômico, seja pelo aspecto cultural, tendo importância fundamental no entendimento das questões que envolvem a subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas (FERREIRA, MENDES, 2001).

A importância da satisfação nas atividades desenvolvidas no trabalho parece ser clara. Trabalhadores satisfeitos têm taxas mais baixas de absenteísmo e estas podem ser um fator de decisão para a sua permanência na instituição (MENDES, 1995).

Existe relação entre a satisfação laboral e a saúde. Os sujeitos insatisfeitos no trabalho tendem a ficar doentes, manifestando desde enxaquecas até problemas vasculares, ou seja, aumentam-lhes as probabilidades de infarto e outras enfermidades, especialmente as de ordem psicológicas. Somente este fato já é o suficiente para justificar os meios que levem a maior satisfação no ambiente laborativo, pois há diminuição com gastos à saúde e perda de indivíduos, prematuramente (FERREIRA, MENDES, 2001; MENDES, 1995).

A satisfação dos profissionais tem sido considerada como um importante indicador do clima organizacional de uma empresa, sendo um elemento determinante da avaliação do desempenho do profissional, considerando que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha (LARÁN, ROSSI, 2006; SCHIMIDT, DANTAS, 2006; SOUZA-POZA, 2000).



Autores relatam ainda que mudanças na organização do trabalho e melhoria do ambiente psicossocial incrementam substancialmente os impactos sobre a satisfação no mesmo (ALBERTO, 2000; PARAGUAY, 2003; WRIGHT, CROPANZANO, 2000).

A motivação, satisfação e insatisfação no trabalho têm sido alvo de estudos e pesquisas de teóricos das mais variadas correntes ao longo do século XX. Saber o que motiva, o que satisfaz o trabalhador, é descobrir o procedimento a ser adotado com relação a ele, para que melhore seu desempenho profissional e, por consequência, o desempenho organizacional. Apesar de décadas de estudos, as opiniões são controversas, não existe uma opinião comum entre os pesquisadores sobre o que é e como ocorre a motivação, a satisfação e a insatisfação no trabalho (SILVA JÚNIOR, 1998).

Satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa (MARTINEZ, 2002).

A satisfação no trabalho vem sendo estudada desde 1920 e desde então é amplamente apresentada sob diferentes referenciais teóricos, pois ainda não há um consenso sobre definições nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho (MARTINEZ, 2002; SILVA, 1998).

As conceituações mais frequentes referem-se à satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo. Porém, a confusão entre os termos motivação e satisfação tem sido considerada como causa de falhas na formulação de hipóteses e na seleção de instrumentos de pesquisa, especialmente naquelas destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade e o processo de trabalho em si (LARÁN, ROSSI, 2006; MARTINEZ, PARAGUAY, 2003; SILVA, 1998).

No entanto, motivação é citada como o conjunto de fatores psicológicos (conscientes ou inconscientes) de ordem fisiológica, intelectual ou afetiva, os quais agem entre si e determinam a conduta de um indivíduo e a manifestação da tensão gerada por uma necessidade. Já satisfação é apresentada como a expressão da sensação de atendimento a necessidade (LARÁN, ROSSI, 2006; MARTINEZ, 2002; SILVA, 1998).

Assim, o grau de satisfação e motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho.

Oliver (1997) analisou a satisfação e a insatisfação como agentes causais de sentimentos positivos e negativos, respectivamente, demonstrando a complexidade do processo de formação da satisfação como resultados que sugerem o mecanismo pelo qual as respostas afetivas medeiam os efeitos dos atributos na satisfação, de forma independente da desconfirmação. Por outro lado, a capacidade para o trabalho também parece associada à satisfação para o mesmo, talvez mediada pelos aspectos psicossociais (SCHIMIDT, DANTAS, 2006; SILVA, 1998).

Com base na literatura relativa ao tema, observa-se que na maioria das vezes as causas do baixo impacto na atuação do trabalhador no serviço e na sociedade são resultados da apatia, da resistência às inovações e da falta de conhecimento e comprometimento com o seu trabalho. A escassez de oportunidades pode também ser citada, mas acredita-se que com criatividade, persistência e determinação, a satisfação desse profissional e de sua equipe poderá ser melhorada.

Em virtude do que fora mencionado, vale sugerir que as organizações avaliem os fatores de insatisfação no trabalho para que o profissional possa desempenhar uma assistência de melhor qualidade, o que consequentemente contribuirá para o sucesso da empresa. Além disto, os profissionais, em especial o profissional de saúde, devem se fazer perceber através de um cotidiano mais revelador e com transformações, a fim de serem tratados com a sua devida importância e para que, acima de tudo, consigam conquistar o seu reconhecimento, por meio da competência, da luta, da politização, da organização, da categoria, do posicionamento na equipe e na instituição, e da realização de um trabalho de qualidade.

### **Satisfação do Profissional de Saúde da Equipe Multidisciplinar no Método Mãe-Canguru**

A teoria de Locke sobre satisfação no trabalho, refere-se ao processo organizacional, que determina que os elementos causais sobre esta satisfação estão relacionados ao próprio trabalho e a seu conteúdo; a possibilidades de promoção; ao reconhecimento; às condições em ambiente de trabalho; às relações com colegas e subordinados; às características da supervisão; ao gerenciamento e às políticas e competências da empresa. Estes são os fatores

psicossociais no trabalho, que se referem à interação entre e no ambiente de trabalho; conteúdo do trabalho; condições organizacionais e habilidades do trabalhador; necessidades; cultura e as causas pessoais extra-trabalho, ou seja, por meio de percepções e experiência, pode-se influenciar o desempenho no trabalho e a satisfação no mesmo (LOCKE 1969, 1976).

Satisfação é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização no trabalho. O impacto do trabalho nos profissionais compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem estar (HAPPEL, MARTIN, PINIKAHANA, 2000).

A satisfação do profissional de saúde é aspecto importante para aperfeiçoar o desempenho das suas atribuições, influenciar os processos organizacionais de suas práticas profissionais, e melhorar a qualidade da atenção à população. Este aspecto do processo de trabalho dos profissionais deveria ser contemplado nos objetivos de uma atenção humanizada, pois nesse campo novos modelos de assistência estão sempre se reorganizando e devem ser avaliados para atender às necessidades de ambos, usuários e provedores.

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente. O objetivo era extrair melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Estas pesquisas foram antecedidas por estudos que, na área das Ciências Sociais e Humanas, focalizavam a relação médico-paciente no contexto da clínica ou do ambiente hospitalar (SITZIA, WOOD, 1997; WILLIAMS, 1994).

Campos e Malik (2008) desenvolveram pesquisa no município de São Paulo para verificar a existência de associação entre satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) e a rotatividade desses profissionais. As autoras referem que os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram correlação com a rotatividade dos médicos no PSF foram: a capacitação; a distância das unidades de saúde e a disponibilidade de materiais e equipamentos para a realização das atividades profissionais. Neste estudo foi verificado que a satisfação geral dos médicos é inversamente proporcional à menor rotatividade dos mesmos. Estas autoras ainda apresentam que foram realizadas outras pesquisas para avaliação da satisfação dos médicos no trabalho nos seguintes países: Malásia

(1997); Nova Zelândia (2001); Inglaterra (2000/2003); Estados Unidos (2003) e Noruega (2005).

Lima, Jorge e Moreira (2006), desenvolveram um estudo descritivo em hospital pediátrico municipal de Fortaleza objetivando avaliar a satisfação dos profissionais do mesmo quanto à assistência humanizada, conforme Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar preconizado pelo Ministério da Saúde. As autoras detectaram que os entrevistados consideraram o ambiente de trabalho confortável para exercerem suas funções, mas alguns relataram necessidade de melhoria, onde apoio aos profissionais foi visto como passível de melhora, sugeriram treinamentos, melhoria do ambiente hospitalar e qualidade do atendimento. Este estudo forneceu subsídios para o planejamento de ações que favorecessem a humanização da assistência hospitalar.

Autores referem que a satisfação do profissional deve ser contemplada nos objetivos de uma atenção humanizada, pois nesse campo novos modelos de assistência estão sempre surgindo e devem ser avaliados para atender às necessidades de ambos, usuários e provedores. Estes estudos atentam que o primeiro usuário de um programa é o profissional de saúde e sua adesão facilita a adesão das mães e familiares (HENNIG, GOMES, GIANINI, 2006; LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005; LIMA, QUINTERO-ROMERO, CATTANEO, 2000).

A relevância da pesquisa da satisfação no emprego e das repercussões no trabalho sobre os profissionais se justifica porque são importantes instrumentos de atuação em saúde (FONSECA, 2001). Nesse sentido, os estudos devem incluir os três segmentos envolvidos – usuários, familiares e equipe técnica. No entanto, ao comparar a quantidade de estudos realizados no Brasil para cada segmento, percebe-se discrepância entre a importância atribuída às investigações realizadas com usuário, familiares e com os profissionais, nos quais este último segmento tem sido negligenciado (REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2007).

Estudos na área de satisfação com o MMC ainda são escassos no país, tanto para usuários como para os profissionais inseridos no programa (LAMY, 2008). A maior parte dos estudos relacionados ao MMC refere-se à percepção dos usuários em relação ao programa e a influência da implantação do mesmo na unidade de saúde (NEVES, RAVELLI, LEMOS, 2010; PARISI, COELHO, MELLEIRO, 2008; TOMA, VENÂNCIO, ANDARETTO, 2007; COSTA, MONTICELLI, 2005; FURLAN, SCOCHI, FURTADO, 2003; COLAMEO, REA, 2005).

As publicações apontam a importância da equipe de saúde ser treinada e sensibilizada para o desenvolvimento do Método e, ainda, que os profissionais devem saber reconhecer as necessidades e respeitar os sentimentos e dificuldades das mães que realizam o cuidado canguru, bem como reconhecer a rede de apoio familiar que possa favorecer o sucesso deste Método (FURLAN, SCOCHI, FURTADO, 2003; TOMA, 2003).

Estudo realizado no Recife, em hospital pioneiro na implantação do Método Mãe Canguru, testou através de um estudo quali-quantitativo instrumento que foi administrado mediante entrevista e mediu a satisfação do usuário nos aspectos de aceitabilidade, confiabilidade e validade, resultando em uma cartilha de satisfação do usuário com orientação para aplicação em unidades. Foi testado também um questionário adaptado de satisfação do profissional, porém sem resultados favoráveis à sua aplicação para a população estudada (SARINHO, VELOSO, LIMA, 2007).

Diante desses dados, percebe-se que ainda são raras as publicações com relação à equipe de saúde neonatal. Pouco tem sido produzido e publicado no que diz respeito ao conhecimento, às vantagens e às dificuldades que os profissionais possuem durante o desenvolvimento desta metodologia assistencial. Sabe-se que a equipe de saúde é a grande responsável pelo sucesso do MMC – pois a mesma, além de estar satisfeita e conseqüentemente motivada para implementar essa assistência, deve orientar e estimular as famílias a desenvolverem este tipo de cuidado – porém ainda há uma grande lacuna de conhecimentos no que diz respeito ao tema.

Embora os estudos de satisfação com assistência em saúde no Brasil estejam sendo realizada com todos os seguimentos envolvidos em uma assistência, a pesquisa dirigida à equipe técnica tem despertado menos interesse do que as que avaliam usuários e familiares, como se pode depreender pela quase inexistência de publicações a respeito. Visando a

contribuir para diminuir esse déficit, o presente estudo tem como objetivo avaliar a satisfação/não satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar lotados em unidades com a prática desenvolvida no MMC, em Recife-PE.

### **3. MÉTODO**

## **Desenho do Estudo**

Delineou-se como estudo descritivo, de corte transversal, de abordagem quantitativa e caráter avaliativo, aninhado a um projeto de pesquisa intitulado “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso mãe canguru no estado de Pernambuco: avaliação da satisfação do profissional de saúde”.

## **Seleção dos Sujeitos e Período do Estudo**

O recrutamento dos sujeitos foi realizado em 04 unidades de saúde, em Recife-PE, que possuem o Método Mãe – Canguru implantado. Para inclusão da unidade hospitalar no estudo considerou-se que a mesma deveria estar em atendimento contínuo no MMC há mais de três anos, sendo estes: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM; Hospital Agamenon Magalhães – HAM; Hospital Barão de Lucena – HBL; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, com diversidade em relação às estruturas dessas unidades no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais existe a prática assistencial desenvolvida no Método Mãe – Canguru em funcionamento nos dias atuais.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a abril de 2011, e a aplicação dos questionários não dependia do regime de trabalho, como diaristas ou plantonistas, os quais foram abordados nos sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno para permitir maior variedade de possibilidades em relação à satisfação/não satisfação, e para permitir maior participação dos profissionais envolvidos na pesquisa.

## **Crítérios do Estudo**

### *Critério de Inclusão*

- Toda a equipe multidisciplinar de profissionais de saúde envolvidos no Método.

### *Crítérios de Exclusão*

- Profissionais que tinham menos de 03 (três) meses de atuação no método estudado e/ou que se recusaram a responder o questionário.



### **Instrumento de Avaliação**

Foi utilizado como instrumento de coleta de informação um questionário desenvolvido no projeto de pesquisa, ao qual este estudo está aninhado. Trata-se de um questionário estruturado e auto-administrado, contendo 81 (oitenta e uma) questões (ANEXO A).

O questionário, construído utilizando a técnica Delphis, contém perguntas fechadas por forma a garantir respostas às alíneas formuladas e contempla 05 (cinco) dimensões as quais retratam elementos normativos do manual do MMC elaborado pelo Ministério da Saúde, sendo estes: estrutura física e equipamentos, recursos humanos (treinamento e comunicação), rotinas (conteúdo e cumprimento), vínculo institucional, participação dos usuários, além da satisfação geral, cada dimensão traz questões com aspectos a ela relacionada (OLIVER, 1997).

Além desses elementos o instrumento de coleta também contemplou questões relativas à caracterização da amostra que estão abaixo descritas:

- Identidade pessoal: sexo, idade, raça/cor;
- Identidade profissional: profissão, tempo de formado, instituição formadora, acesso à educação continuada /treinamento em serviços no MMC, necessidades de capacitação;

Os profissionais escolhiam uma das cinco alternativas por questão, traduzindo uma escala Lickert (de 1 a 5) com relação à desconfirmação, onde 1 corresponde a “pior do que o esperado”; 2 “quase pior do que o esperado”; 3 “como esperado”; 4 “quase melhor do que o esperado” e 5 “melhor que esperado”. Considerou-se satisfação a desconfirmação positiva pontuações 4 e 5 e não satisfação a desconfirmação negativa pontuações 1 e 2. O valor 3 no estudo é chamado de zona de tolerância, ou seja, nem satisfeitos nem insatisfeitos.

### **Procedimentos para o recrutamento dos sujeitos e Estratégias de Ação**

A equipe de recrutamento foi composta por 03 (três) auxiliares de pesquisa, que estavam vinculados ao projeto desta pesquisa, anteriormente aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2008, pelo Edital Universal, protocolo nº APQ 475363/2008-0. Esta equipe foi submetida a treinamento e supervisionada, nos primeiros dias da coleta, para padronizar a aplicação do questionário.

Antes do início da coleta foram realizadas visitas aos hospitais, e a equipe técnica do estudo foi informada sobre o total de profissionais existentes no MMC, além de ter sido acompanhada por gerente da unidade neonatal ou pessoa por este designado para conhecer as instalações onde é desenvolvido o método.

Para identificação dos possíveis sujeitos da pesquisa, realizou-se levantamento mediante lista dos profissionais atuantes no método, obtida nas unidades avaliadas, identificando previamente aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão. De acordo com o regime de trabalho dos possíveis participantes da pesquisa e, em posse desses dados os auxiliares de pesquisa iniciaram o recrutamento dos profissionais.

Após as apresentações, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e receberam informações sobre os objetivos do estudo e sobre o instrumento de pesquisa, bem como sobre a importância do tema estudado. Caso o indivíduo aceitasse participar da pesquisa, procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Havendo ainda alguma dúvida, eram fornecidos os esclarecimentos necessários, e para assegurar a anuência dos profissionais e a responsabilidade dos pesquisadores, ambos assinaram o TCLE, e em seguida aplicava-se o questionário.

Caso o profissional não dispusesse de tempo para responder o questionário, no momento da coleta, o mesmo era disponibilizado para preenchimento e entrega posterior mediante agendamento com o pesquisador.

### **Amostra**

Após a obtenção de lista por categoria profissional, foi observada a existência de 634 profissionais atuantes no Método Mãe Canguru nas unidades de Saúde onde o estudo foi realizado. A distribuição do total dos profissionais do MMC em cada serviço está descrita no quadro 1.

Quadro 1- Distribuição dos profissionais lotados no MMC em cada serviço por categoria profissional antes do início da coleta dos dados do estudo

Hospital	Médicos	Enfermeiros	Tec. Enfermagem	T. Ocupacionais	Psicólogos	Fonoaudiólogos	Nutricionistas	Fisioterapeutas	Total
IMIP	40	15	95	2	2	3	2	4	163
HAM	53	23	85	0	2	2	4	3	172
HBL	33	18	60	2	1	4	3	4	125
CISAM	44	23	92	3	1	3	6	2	174
TOTAL	180	86	369	7	6	12	15	13	634

A amostra foi intencional, resultando em 322 profissionais que cumpriram com os critérios do estudo aqui estabelecidos e aceitaram participar desta pesquisa. O quadro abaixo (quadro 2) descreve a distribuição da amostra por categoria profissional.

Quadro 2- Distribuição da amostra por categoria profissional

Categoria Profissional	Estatística Descritiva	
	N	%
Médicos	88	27,3
Enfermeiros	37	11,5
Técnicos de Enfermagem	165	51,2
Terapeutas Operacionais	4	1,2
Psicólogos	4	1,2
Fonoaudiólogos	8	2,7
Nutricionistas	3	0,9
Fisioterapeutas	13	4
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

### Variáveis do Estudo

Variável dependente: Satisfação/ não Satisfação do profissional de saúde da equipe multidisciplinar quanto ao Método Mãe-Canguru;

Variáveis Independentes: Identidade pessoal; identidade profissional; percepções quanto à estrutura física e equipamentos, aos recursos humanos, as rotinas, ao vínculo institucional e aos usuários.

### **Análise Estatística**

Os dados foram processados em dupla entrada, utilizando-se o pacote estatístico EPI INFO, versão 6,04, a fim de verificar a consistência da digitação, por meio do recurso *validate*.

Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança ( $p \leq 0,05$ ) e os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para realização das análises foi utilizado o Software STATA/SE 9.0 e o Excel 2007. Para verificar a existência de associação foram realizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Para medir a Satisfação dos profissionais de Saúde a medida da desconfirmação positiva (indicando a satisfação) ou negativa (indicando a não satisfação) foi verificada através dos percentuais dos valores 1 e 2, enquadrados na categoria desconfirmação negativa, e os valores 4 e 5 na desconfirmação positiva. O valor 3 no estudo denota zona de tolerância, ou seja, nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Cabe ressaltar o conceito de desconfirmação, que é a comparação entre o que o profissional esperava de cada atributo (a expectativa) comparado com o que percebe que o item oferece (a performance). Assim, quanto maior a expectativa e menor a performance, maior é a não satisfação. Por sua vez, uma maior performance percebida, superando a expectativa leva a uma desconfirmação positiva, ou seja, a satisfação.

Foram ainda calculadas para cada dimensão a média ponderada, e em cada item da dimensão a média e o desvio padrão.

**Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães (ANEXO B).

## **4. ARTIGO ORIGINAL**

**SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ENVOLVIDOS NO MÉTODO MÃE-CANGURU****RESUMO**

**Objetivo:** Conhecer a satisfação/ não satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar envolvidos no Método Mãe-Canguru. **Métodos:** estudo de corte transversal com 322 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar atuantes no Método Mãe-Canguru, selecionados de forma intencional, realizado em quatro unidades de saúde que possui o método implantado, em Recife – PE, entre os anos de 2010 e 2011. Utilizou-se para coleta de dados um questionário estruturado e auto-administrado, contendo 81 questões, divididas em 05 dimensões e com alternativas de 1 a 5. Foram excluídos do estudo os profissionais com menos de 03 meses no método e/ou àqueles que se recusaram a responder o questionário. O grau de satisfação foi mensurado por categorias avaliadas e devidamente representado no questionário. Considerou-se satisfação as pontuações 4 e 5, e não satisfação as pontuações 1 e 2. **Resultados:** Houve predomínio da não satisfação nas dimensões estrutura física e equipamentos, recursos humanos, vínculo institucional e usuários. A satisfação ocorreu na dimensão rotinas e satisfação geral dos profissionais. **Conclusões:** houve elevados percentuais para não satisfação nas dimensões analisadas o que deve contribuir para mudanças na prática assistencial no método.

**Palavras-chave:** satisfação no emprego, Método Mãe-Canguru, equipe de assistência ao paciente.

## **Satisfaction of Health Professional of the Multidisciplinary Team Involved in the Kangaroo Mother Care**

### **Summary**

**Objective:** to know the satisfaction/ not satisfaction of health professionals of the multidisciplinary team involved in the kangaroo mother care. **Methods:** a cross-sectional study of 322 health professionals of the multidisciplinary team working in the kangaroo mother care, intentionally selected, conducted in four health facilities that have implemented the method in Recife - PE, between the years 2010 and 2011. It was used for data collection a structured questionnaire and self-administered, containing 81 questions, divided into 05 dimensions and with alternatives 1-5. Professionals with less than 03 months in the method and / or those who refused to answer the questionnaire were excluded from the study. The degree of satisfaction was measured by categories assessed and properly represented in the survey. It was considered satisfaction scores 4 and 5, and not satisfaction scores 1 and 2. **Results:** there was a predominance of the not satisfaction in the dimensions of physical structure and equipments, human resources, institutional relation and users. The satisfaction occurred in the dimensions of routines and general satisfaction of the professionals. **Conclusions:** there was high percentage for not meeting the dimensions analyzed which might contribute to changes in care practice in the method.

**Keywords:** job satisfaction, kangaroo mother care, patient care team.



## INTRODUÇÃO

A preocupação com os bebês prematuros, desprovidos de contato íntimo materno, provocado pela separação desde o nascimento e com os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) fez com que surgisse uma alternativa ao cuidado neonatal convencional, o Método Mãe-Canguru (MMC), também conhecido com “Cuidado Mãe-Canguru” ou “Contato pele a pele”, o qual tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica em todo o mundo [1,2,3].

Assim, com a portaria nº 693, de 05 de julho de 2000, o Ministério da Saúde do Brasil normatiza a implantação do MMC, definido como assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre o binômio mãe-filho (recém-nascido de baixo peso, prematuro), onde o bebê é colocado na posição vertical e em decúbito prono contra o peito de um adulto, a fim de promover vínculo, estimular o aleitamento materno e auxiliar na recuperação do recém-nascido, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais no cuidado com seu filho [4]. Tal modalidade, recentemente, passou a fazer parte das diretrizes políticas de atenção à saúde dos RNBP e dos bebês prematuros, estando incluído no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento [1,5].

A equipe de saúde multidisciplinar envolvida no MMC é composta por técnicos de Enfermagem, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas. Essa equipe de saúde necessita conhecer toda a extensão e a relevância do método e estar adequadamente treinada e satisfeita na realização das suas atividades de trabalho, para que o mesmo possa ser exercido de maneira eficaz e proporcionar uma assistência adequada ao bebê hospitalizado [6].

Conhecer o grau de satisfação dos profissionais de saúde que fazem parte do MMC permite mudanças na prática assistencial, voltadas à demanda dos usuários, e assegura

condições ao profissional de ocupar seu espaço substancial na atenção humanizada aos RNBP e aos bebês prematuros no ambiente hospitalar [7].

Aspectos como motivação, satisfação e não satisfação no trabalho tem sido alvo de estudos e pesquisas de teóricos das mais variadas correntes ao longo do século XX. Conhecer o que motiva, o que satisfaz o trabalhador, é descobrir o procedimento a ser adotado com relação a ele, para que o mesmo busque a melhora em seu desempenho profissional e, por consequência, no desempenho organizacional [8, 9, 10].

A equipe de saúde é a grande responsável pelo sucesso do MMC, e a mesma, deve estar satisfeita e conseqüentemente motivada para executar essa assistência. Estudos na área de satisfação com o método ainda são escassos no país, tendo a pesquisa dirigida à equipe técnica despertado menos interesse do que as que avaliam usuários e familiares [4,11,12].

Com isso, percebe-se a importância e a necessidade de desenvolver estudos na área da satisfação do profissional de saúde envolvido no MMC, visto que o método é uma prática de assistência humanizada ao cuidado neonatal e que busca melhoria na qualidade de vida dos bebês em ambiente hospitalar [6, 8, 12].

Visando a contribuir para diminuir essa lacuna, o presente estudo tem como objetivo conhecer o grau de satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar envolvidos no Método Mãe-Canguru.

## **MÉTODO**

Foi realizado um estudo de corte transversal, de abordagem quantitativa e caráter avaliativo, em quatro unidades de Saúde, na cidade de Recife-PE, entre os anos de 2010 a 2011, que possuem o Método implantado.

A população foi constituída de todos os profissionais que trabalham nas quatro unidades de Saúde, onde foi realizada a pesquisa, envolvendo a equipe de saúde multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, totalizando 634 profissionais.

A amostra foi composta por 322 desses profissionais, que aceitaram participar do estudo. Os demais profissionais se omitiram a responder o questionário ou tinham menos de três meses no método, sendo excluídos do estudo.

A coleta de dados ocorreu com utilização de um questionário desenvolvido em um projeto de pesquisa anterior [13]. Trata-se de um questionário estruturado e auto-administrado, contendo 81 (oitenta e uma) questões.

O questionário, construído utilizando a técnica Delphis, contém perguntas fechadas por forma a garantir respostas às alíneas formuladas e contempla 05 (cinco) dimensões as quais retratam elementos normativos do manual do MMC elaborado pelo Ministério da Saúde, sendo estes: estrutura física e equipamentos, recursos humanos (treinamento e comunicação), rotinas (conteúdo e cumprimento), vínculo institucional, participação dos usuários, além da satisfação geral, tendo cada dimensão questões a ela relacionada [14].

Além desses elementos o instrumento de coleta também contemplou questões relativas à caracterização da amostra com identidade pessoal: sexo, idade, raça/cor; identidade profissional: profissão, tempo de formado, instituição formadora, acesso à educação continuada /treinamento em serviços no MMC, necessidades de capacitação.

Ao utilizar o questionário, os profissionais escolhiam uma das cinco alternativas por questão, traduzindo uma escala Lickert (de 1 a 5) com relação à desconfirmação, onde 1

corresponde a “pior do que o esperado”; 2 “quase pior do que o esperado”; 3 “como esperado”; 4 “quase melhor do que o esperado” e 5 “melhor que esperado”. Considerou-se satisfação a desconfirmação positiva pontuações 4 e 5 e não satisfação a desconfirmação negativa pontuações 1 e 2. O valor 3 no estudo é chamado de zona de tolerância, ou seja, nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Para medir a Satisfação dos profissionais de Saúde a medida da desconfirmação positiva (indicando a satisfação) ou negativa (indicando a não satisfação) foi verificada através dos percentuais e foram ainda calculadas para cada dimensão a média ponderada, e em cada item da dimensão a média e o desvio padrão.

Cabe ressaltar o conceito de desconfirmação, que é a comparação entre o que o profissional esperava de cada atributo (a expectativa) comparado com o que percebe que o item oferece (a performance). Assim, quanto maior a expectativa e menor a performance, maior é a não satisfação. Por sua vez, uma maior performance percebida, superando a expectativa leva a uma desconfirmação positiva, ou seja, a satisfação.

Os dados foram processados em dupla entrada, utilizando-se o pacote estatístico EPI INFO, versão 6,04, todos os testes foram aplicados com 95% de confiança ( $p \leq 0,05$ ) e os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para realização das análises foi utilizado o Software STATA/SE 9.0 e o Excel 2007. Para verificar a existência de associação foram realizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, tendo os participantes assinado um formulário de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações.

## RESULTADOS

Dentre os 322 participantes desse estudo, 311 (96,6%) eram do sexo feminino e 11 (3,4%) do sexo masculino. Entre esses, 79 (24,5%) trabalham no Hospital A, 85 (26,4%) no Hospital B, 77 (23,9%) no Hospital C e 81 (25,2%) no Hospital D. A maior parte dos participantes eram técnicos de Enfermagem, representando 51,2% da amostra e a minoria foi representada por psicólogos e terapeutas ocupacionais, os quais representaram menos de 1% da amostra.

Na análise da composição da amostra verificou-se que houve maior número de profissionais plantonistas (78%) e que 84,5% dos profissionais trabalham na primeira etapa do MMC. Foi observado que 180 profissionais (55,9%) receberam treinamento no Método Mãe-Canguru, tendo eles recebido apenas um treinamento há aproximadamente dois anos.

Com relação à satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, para a dimensão estrutura física e equipamentos, referidos pelos profissionais de saúde do estudo, houve predominância da não satisfação para todos os itens avaliados, sendo os itens de maior percentual para a não satisfação (desconfirmação negativa) “o espaço físico destinado ao MMC” (63,8%), “a disponibilidade de assentos para mães e bebês em posição canguru” (74,6%), “a disponibilidade de banheiros” (73,2%) e a “a acessibilidade a material para avaliação auditiva” (65,6%) (TABELA 1). Como item indicando uma maior satisfação (melhor percentual para a desconfirmação positiva) pode ser citado: “a disponibilidade de equipamentos para avaliação antropométrica do bebê” (25,3%), porém cabe ressaltar que esse aspecto apresentou um percentual de 29,7% para não satisfação.

Quanto à dimensão Recursos Humanos houve também predominância da não satisfação especificamente para os itens referentes ao número de profissionais disponíveis nas

etapas do método, destacando-se o “número de técnicos de enfermagem na equipe” (47,6%), ao acesso a outros profissionais da equipe, em especial “acesso oportuno a terapeutas ocupacionais (67,9%) e nutricionistas (72,5%)” e ao acesso a treinamentos no MMC periódicos para profissionais da equipe básica, principalmente para os enfermeiros (49,7%).

Ainda na dimensão Recursos Humanos observou-se que para os aspectos ligados a capacidade de comunicação, entre os diversos profissionais da equipe e entre a equipe e os usuários / familiares, o percentual para satisfação não ultrapassou 26,6% e para os aspectos ligados a competência técnica / habilidade da equipe no manejo do recém-nascido houve predomínio da satisfação com percentual variando entre 29,2% e 44,3% (TABELA 2).

Para a dimensão rotinas houve predomínio da satisfação, sendo a dimensão do estudo que apresentou maior satisfação com média ponderada de 3,31. Cabe ressaltar a satisfação da equipe de modo geral com o conteúdo e o cumprimento das normas estabelecidas no MMC, destacando-se os itens “Conteúdo das normas MMC” (73,7%), “Cumprimento da Norma de livre acesso das mães/familiares a unidade neonatal” (73,6%), “Conteúdo das Normas de incentivo ao Aleitamento Materno” (52,8%) e “Cumprimento das Normas de incentivo ao Aleitamento Materno” (49,9%). O que chama a atenção nessa dimensão é a não satisfação (desconfirmação negativa) quanto ao item “oferta de ações recreativas para as mães” (49,3%) (TABELA 3).

Na dimensão Vínculo Institucional houve também predominância da não satisfação principalmente para os itens “suporte institucional para realização das suas funções no MMC” (41,7%) e “O reconhecimento institucional sobre seu trabalho no MMC” (49,1%). O percentual de satisfação para esses dois itens é baixo, sendo respectivamente 10,9% e 9,9% (TABELA 3). Houve desconfirmação negativa (não satisfação) também para aspectos ligados

ao processo de trabalho como carga horária, atribuições e volume de trabalho com percentual superior a 15%.

Com relação à dimensão Usuários, que analisa a satisfação dos profissionais relativa à adesão e cumprimento das mães às normas estabelecidas, também predominou a não satisfação, sobretudo para os itens: “aceitação das mães no tempo de permanência hospitalar no MMC na 2ª etapa” (42,6%), “capacidade de suporte emocional às mães” (36,0%) e “participação das mães nas atividades recreativas no MMC” (34,7%). Foi predominante a satisfação para o item: “livre acesso dos pais a unidade de cuidados intensivos na 1ª etapa” (68,9%) (TABELA 3). Vale salientar o baixo percentual para a não satisfação sobre os cuidados com aleitamento materno (10,7%) e a pequena diferença entre os percentuais para desconfirmação negativa e positiva quanto às relações interpessoais entre as mães participantes do MMC.

Apesar do alto índice de não satisfação dentre vários itens das cinco dimensões estudadas, cabe ressaltar que com relação aos oito itens que compõem a satisfação geral verificou-se que 1/3 dos participantes concordaram que “o serviço de saúde foi um dos melhores que já trabalhou” (33,2%), que “se tivesse chance de fazer tudo novamente escolheria o mesmo trabalho” (43,5%), “que trabalhar nesse serviço tem sido uma boa experiência” (44,7%) e “que fez a coisa certa de trabalhar no MMC” (45,7%) (TABELA 4).

## DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde (MS) ao estabelecer a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso pelo Método Mãe Canguru teve a perspectiva de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e individualizada à díade mãe e recém nascido. No entanto, esta atenção revela um modelo de humanização da assistência de forma burocrática não considerando as peculiaridades do processo de trabalho dos profissionais de saúde. No que se

refere ao MMC é estabelecido a importância da segurança técnica na atuação profissional e no trabalho que deve ser desenvolvido em equipe multidisciplinar [15]. A satisfação dos profissionais está elencada entre os aspectos importantes para o êxito dessa iniciativa.

Os resultados deste estudo demonstraram, de modo geral, baixo grau de satisfação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar nos hospitais estudados. Contudo, o desenho do estudo apresentou como limitação metodológica o fato dos profissionais recusarem responder o questionário, principalmente por estar lotado em unidades distintas envolvidas na pesquisa, por medo de não se prejudicar na empresa mesmo sendo-lhes garantido o anonimato e por acharem o questionário longo e exaustivo, além do viés de memória/recordação com relação a algumas informações presentes nos diversos níveis do método.

Os critérios da seleção da amostra permitiram a inclusão de um número significativo de participantes, expostos a uma variedade de situações nas diversas dimensões avaliadas do MMC. No entanto na análise da composição da amostra verificou-se que houve maior número de profissionais plantonistas, inseridos na primeira etapa do método, o que poderia dar maior visibilidade às perguntas relacionadas com essa etapa.

As Normas para Implantação do MMC adotadas pelo MS preconizam a capacitação de 80% dos funcionários que trabalham diretamente com os bebês de baixo peso, com carga horária de 20 horas e com agenda semestral de novas capacitações [16].

Nesta pesquisa, os dados relativos à capacitação profissional no MMC revelam que pouco mais da metade dos profissionais participaram do referido treinamento, tendo esses recebido apenas um treinamento há um tempo mediano de dois anos.

É preocupante a situação de apenas pouco mais da metade da amostra possuir capacitação no MMC, em serviços com mais de cinco anos de implantação, não atingindo a meta estabelecida pelo MS. Um atenuante possível para explicar o acesso a apenas um



treinamento pode ser o tempo de trabalho no MMC, podendo estar lotado no mesmo há menos de um ano. Porém outra hipótese é a de não estar havendo capacitação no método o que traz consigo a necessidade de supervisão e acompanhamento dessas rotinas para garantir o funcionamento e uma melhor qualidade na atuação dos profissionais.

Sob a ótica clássica da avaliação de qualidade em serviços de saúde, Donabedian (1990) [17] define estrutura como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde, incluindo financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto à qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros [18, 19].

Com relação à dimensão estrutura física e equipamentos, é difícil mensurar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, porém é possível prever que uma estrutura adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade. A não observância de alguns aspectos da estrutura física pode interferir no funcionamento adequado do método e a ausência de recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode gerar estresse, conflito entre profissionais e usuários, sendo também um fator para desumanizar o cuidado e para desmotivar a equipe no processo de trabalho. Essas evidências suportam dados encontrados por outros autores, justificando a importância da estrutura física e da presença de equipamentos necessários para a assistência a pacientes como uns dos aspectos determinantes da satisfação no trabalho [18, 20].

As Normas de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso preconizam que sempre que possível à equipe de saúde deve ser constituída por uma equipe multidisciplinar, contemplando psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais,

fonoaudiólogos e nutricionistas, além de médicos (neonatólogistas, obstetras, oftalmologistas e pediatras), enfermeiros e técnicos de Enfermagem [15].

A não satisfação relacionada ao número de profissionais na equipe traz uma reflexão acerca da realidade, ainda hoje presente, na qual muitos serviços de saúde não possuem uma equipe multidisciplinar, sendo essa apenas formada pela equipe básica de saúde, que muitas vezes, como nos mostrou os resultados da pesquisa, apresentam número de profissionais insuficiente. Acredita-se ainda que a não valorização dos demais membros da equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo) de saúde pela falta de conhecimento acerca do papel destes é um dos fatores ligados à ausência desses profissionais nos serviços de saúde.

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. A equipe é um grupo de indivíduos que cooperam na realização de uma rotina particular, de uma tarefa; há vínculo de dependência recíproca unindo os membros da mesma equipe aos outros. O que pode ter gerado um baixo grau de satisfação quanto ao acesso a outros profissionais, dentre esses terapeutas ocupacionais e nutricionistas, é o número reduzido desses profissionais envolvidos no método, não havendo, em um dos hospitais pertencentes à pesquisa, terapeuta ocupacional no MMC.

Com relação ao baixo percentual para a satisfação relacionada a capacidade de comunicação sabe-se que a ampliação das discussões é imperativa, principalmente nas interfaces da comunicação e da saúde, uma vez que a codificação do processo de comunicação interfere diretamente na recuperação do paciente, pois o serviço assistencial de saúde intenciona, através de atributos de eficiência e efetividade técnica, proporcionar um entendimento harmonioso entre ele e a equipe de saúde multidisciplinar, e conseqüentemente, um melhor atendimento. Em outras palavras, a efetividade da comunicação entre a equipe de

saúde multiprofissional e o paciente hospitalizado proporciona a melhora desse, a qual é alcançada através da harmonização dos relacionamentos interpessoais. Desse modo, é necessário o preparo da equipe de saúde para uma relação de comunicação conexa com o paciente e entre os próprios membros da equipe, pois a mesma deve estar ciente da importância da comunicação nos resultados de suas ações assistenciais.

Um dado que merece atenção é que mais de 50% dos trabalhadores neste estudo não estavam satisfeitos com o acesso a treinamentos periódicos no MMC. A capacitação teórica dos profissionais sobre a Atenção Humanizada deve assegurar a utilização plena desses conhecimentos na prática clínica dos profissionais, e o treinamento e a sensibilização ao método são pontos importantes para que os profissionais estejam aptos a identificar as necessidades dos usuários e da rede de apoio familiar. Estes dados se assemelham aos da literatura quando afirma a importância do treinamento das equipes para implementação do Método [18, 21, 22].

A presença de satisfação no item ligado à competência técnica / habilidade da equipe no manejo do recém-nascido no MMC comprovam a presença de profissionais habilitados a trabalhar com os neonatos, o que garantiriam uma assistência neonatal ainda mais qualificada e a eficácia do método, caso houvesse treinamento periódico da equipe Canguru.

Com relação à dimensão rotinas, cabe ressaltar a satisfação da equipe de modo geral com a disponibilidade e cumprimento das normas estabelecidas, sendo a dimensão do estudo em que foi encontrada maior satisfação.

Vale salientar que uma equipe treinada facilita, também, a cooperação para a adoção das rotinas no MMC. O cumprimento de Normas depende do conteúdo nelas existente, esse deve ser objetivo, prático, eficiente e eficaz, além de trazer benefícios ao público para o qual elas estão direcionadas.

O elevado percentual para o conteúdo das Normas no MMC corrobora com estudo que considera o método uma alternativa segura ao tratamento convencional como estratégia de humanização e de promoção do aleitamento materno devido as Normas estabelecidas pelo MS [23].

A instauração do aleitamento materno é uma das ações desempenhadas para a adesão das mães e familiares às rotinas do MMC que tem mostrado êxito e que mostrou presença de satisfação quanto ao conteúdo e cumprimento das Normas relacionadas a essa ação no método. Esses resultados são mais evidentes quando o serviço de saúde é reconhecido como Hospital Amigo da Criança [24].

O achado de não satisfação para o item “oferta de ações recreativas para as mães” é pertinente, pois sugere o conhecimento dos profissionais acerca da possibilidade de minimizar os efeitos estressantes sobre o bebê, assim como contribuir para a quebra do ócio hospitalar da mãe. A presença de atividades de suporte durante a permanência da mãe no MMC pode contribuir para a uma melhor ambientação da mãe, minimizando os efeitos estressantes causados pela internação do bebê.

Assim como os resultados encontrados neste trabalho, pesquisa ampla [18,25] com os profissionais de saúde e mães em 29 maternidades das varias regiões do Brasil revelou que uma das dificuldades para trabalhar no Método é a falta de incentivo ao trabalhador, não tendo esse, seu trabalho reconhecido, o que não gera motivação para o seu desempenho, e muitas vezes apresenta também sobrecarga de trabalho.

Estas dificuldades podem repercutir na forma de organização do processo de trabalho. Resultado semelhante foi observado em relação à dificuldade no apoio por parte da direção de alguns serviços que possuem o MMC. O apoio institucional é uma proposta que gera efeitos

nos modos de trabalho de uma equipe. Neste contexto as possibilidades de comunicação envolvendo gestão, profissionais e usuários viabilizariam o processo de trabalho.

A não satisfação dos profissionais com relação à adesão da mãe à iniciativa pode estar ligada a existência de outros filhos no domicílio e a falta de apoio familiar, fatores esses que podem dificultar o trabalho do profissional de saúde para conseguir a aceitação das mães no tempo de permanência hospitalar no método na segunda etapa, pois implica no afastamento das mesmas do convívio familiar no domicílio, causando sofrimento.

Dar apoio emocional às mães é uma das formas de aliviar o sofrimento delas pela hospitalização de seu filho, porém este apoio envolve preparo, o que muitas vezes não ocorre nos diversos serviços de saúde, ficando as mães sem suporte o que permite uma desestabilização das mesmas levando-as a situações de estresse e conflitos, muitas vezes envolvendo a equipe de saúde. A não satisfação presente nesse aspecto na pesquisa realizada sugere preparo da equipe para tal ação, além da oferta de grupos para trabalhar questões emocionais.

Este resultado encontrado quanto à capacidade de suporte emocional às mães corrobora com o mesmo encontrado em relação a disponibilidade de psicólogo na equipe na dimensão Recursos Humanos, podendo se constituir num estrangulamento à plena comunicação entre equipe e usuários.

A presença de baixo grau de satisfação para o item “participação das mães em atividades recreativas” pode estar ligado ao fato de ser baixa a oferta dessas atividades o que foi visto na dimensão Rotinas, onde o percentual para este aspecto mostrou a não satisfação dos profissionais. Acredita-se que se a oferta é baixa, a participação é diretamente proporcional. Dado lastimável quando se sabe a contribuição para a quebra do ócio hospitalar, suporte emocional, e para a facilitação da adesão das mães no MMC.

Destaca-se elevado grau de satisfação para “o livre acesso dos pais a unidade de cuidados intensivos”. Deve-se considerar que a presença do pai traz segurança à mãe que se encontra longe de casa e da família e que muitas vezes sente a ameaça do fim do relacionamento, facilitando a estadia da mãe na unidade hospitalar e estimulando a formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebê. Essas evidências suportam os dados encontrados por outros autores, dentre os pontos positivos na organização dos serviços em mais de 90% dos hospitais estudados [18].

Percebe-se que quanto aos itens relacionados ao aleitamento materno houve predomínio da satisfação em todas as dimensões, o que pode ser um reflexo da campanha a favor da amamentação que vem ocorrendo com mais intensidade nos últimos anos, comprovando que iniciativas como essa trazem resultados significativos com benefícios relevantes para a melhoria das condições de Saúde.

Em síntese, foi possível observar que aproximadamente 75% da amostra denotou satisfação com relação aos termos gerais do serviço, o que consoante com os dados da literatura deve ser considerada para contribuir com inovações para a prática assistencial no Método Mãe-Canguru e alavancar a implementação do MMC nos demais serviços de saúde, embora os resultados encontrados indiquem elevados percentuais de profissionais não satisfeitos na maioria das dimensões envolvidas no processo de trabalho do Método Mãe-Canguru.

Pode-se concluir que, os resultados mostraram que o grau de satisfação dos profissionais em todas as dimensões que compõem o processo de trabalho no MMC devem ser considerados para aperfeiçoar a operacionalização do método. Além de se fazer necessário a realização de mais estudos sobre satisfação no processo de trabalho envolvendo equipe

multidisciplinar com objetivo de contribuir para o conhecimento de fatores que geram a motivação e consequentemente um bom desempenho no trabalho.

**AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro fornecido com a aprovação deste estudo sob o processo nº APQ475362/2008-0, aos Hospitais incluídos nesse estudo por cederem espaço para realização da pesquisa e aos profissionais participantes desta pesquisa cuja participação foi fundamental para a conclusão desse estudo.



**REFERÊNCIAS**

1. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. A percepção dos pais sobre a vivência no método Mãe-Canguru. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2003; 11: 444-52.
2. Venâncio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80 : S173-S180.
3. Toma TS, Venâncio SI, Andaretto DA. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007; 7 (3): 297-307.
4. Brasil. Portaria nº 693 de 05 de julho de 2.000. Dispõe sobre a norma para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União*, 5 de julho de 2000.
5. Toma, TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do Programa. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (2): 233-242.
6. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10 (3).
7. Larán JA, Rossi CAV. Surpresa e a formação da satisfação do consumidor. *Revista de Administração de Empresas - Eletrônica*. 2006; 5 (1).
8. Martinez, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
9. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social no Trabalho*. 2003; 6: 59-78.
10. Silva RB. Para uma análise da satisfação com o trabalho. *Sociologia problemas e práticas*. 1998; 26: 149-178.
11. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe- Canguru): Percepções de Puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010; 31(1):48-54.
12. Parisi TC H, Coelho ERB, Melleiro MM. Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21: 575-580.

13. Sarinho SW, Veloso A, Lima G. Aceitação, confiabilidade e validade de uma medida de satisfação da mulher e do profissional de saúde com a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Mae-canguru: Desenvolvimento de um questionário para inquérito de usuário e provedor. [Relatório de Pesquisa]. 2007.
14. Oliver, RL. Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. New York: McGraw-Hill Company, 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém - nascido de baixo peso: Método Canguru Ministério da Saúde. 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório sobre o método canguru desde sua implantação até os dias atuais, com critérios para prosseguimento e expansão do projeto, incluindo a capacitação de recursos humanos. Disponível em <http://www.saude.gov.br/portal/saude> . Acesso em 03.01.2012.
17. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Publica. 1990.
18. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns: the Kangaroo Method. Journal of Pediatrics. 2010;86 ;1:33-39.
19. Deslandes Suely F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & saúde coletiva . 2004 ; 9;1: 7-14.
20. Gontijo, T L. Avaliação normativa da implantação do método canguru na maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais .[Dissertacao]. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2006.
21. Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Canguru. 2006. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 6 ;4: 427-435.
22. Costa R, Monticelli M. Método Mãe-Canguru. Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18;4:427-33.
23. Lamy F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes, MASM.; Moreira MEL. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. Jornal de Pediatria. 2008; 84; 428-35.

24. Cabral IE, Groleau D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no Rio de Janeiro : a necessidade de educação em saúde e intervenção de Enfermagem no domicílio. Rio de Janeiro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009. 13; 4: 763-71.
25. Colameo AJ, Rea MF. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. 2005. Cadernos de Saúde Pública. 22; 3:597-607.

**TABELAS**

Tabela 1 – Satisfação para a dimensão Estrutura Física / Equipamentos

		DESCONFIRMAÇÃO		
		(-)	(+)	
ESTRUTURA FÍSICA Componentes	MÉDIA±DP	NÃO SATISFAÇÃO (1 E 2)	SATISFAÇÃO (4 E 5)	N
Espaço físico	2.23±1,02	63,8%	24,2%	322
Disponibilidade de assentos	2.32±1,07	74,6%	15,8%	321
MÉDIA PONDERADA 2,71				
Disponibilidade de banheiro	2.31±1,11	73,2%	10,8%	311
Avaliação antropométrica	2,65±1,04	29,7%	25,3%	319
Avaliação auditiva	2.43±1,03	65,6%	11,5%	311

Tabela 2 – Satisfação para a dimensão Recursos Humanos

		DESCONFIRMAÇÃO		
		(-)	(+)	
RECURSOS HUMANOS Componentes	MÉDIA±DP	NÃO SATISFAÇÃO (1 E 2)	SATISFAÇÃO (4 E 5)	N
Número de técnicos de enfermagem na equipe	2,27±1,08	47,6%	11,9%	318
Acesso oportuno a outros profissionais da equipe: terapeutas ocupacionais	2,40±1,12	67,9%	14,3%	319
MÉDIA PONDERADA 2,76				
Acesso oportuno a outros profissionais da equipe: nutricionistas	2,63±1,11	72,5%	15,2%	317
Acesso a treinamentos MMC periódicos para: médicos	2,27±1,12	49,1%	9,9%	303
Acesso a treinamentos MMC periódicos para: enfermeiros	2,34±1,07	49,7%	11,5%	304
Acesso a treinamentos MMC periódicos para: técnicos de enfermagem	2,52±1,09	47,0%	11,5%	312

Tabela 3 – Satisfação para as dimensões Rotinas, Vínculo Institucional, Usuários

			DESCONFIRMAÇÃO		
			(-)	(+)	
	ROTINAS Components	MÉDIA+DP	NÃO SATISFAÇÃO (1 E 2)	SATISFAÇÃO (4 E 5)	N
MÉDIA PONDERADA 2,71	Conteúdo das normas no MMC	3,04±0,95	11.3%	73.7%	310
	Cumprimento da norma de livre acesso das mães/familiares a unidade neonatal - 1 etapa	3,09±0,88	9.2%	73.6%	320
	Conteúdo das normas de incentivo ao aleitamento materno	3,84±0,96	9.5%	52.8%	321
	Cumprimento das normas de incentivo ao aleitamento materno	3,51±1,02	11.6%	49,9%	318
	Oferta de ações recreativas para as mães	2,56±1,14	49,3%	18,3%	313
VÍNCULO INSTITUCIONAL Componentes					
MÉDIA PONDERADA 2,67	Suporte institucional para realização das suas funções no MMC	2,55±0,94	41.7%	10,9%	319
	Reconhecimento institucional sobre seu trabalho no MMC	2,39±1,01	49.1%	9,9%	319
USUÁRIOS Componentes					
MÉDIA PONDERADA 3,02	Aceitação das mães no tempo de permanência hospitalar no MMC na 2ª etapa	2.64±0,91	42,6%	9.6%	315
	Livre acesso dos pais a unidade de cuidados intensivos na 1ª etapa	3.28±0,86	3,7%	68.9%	318
	Capacidade de suporte emocional as mães	2.75±0,96	36,0%	17.7%	317
	Participação das mães nas atividades recreativas no mmc	2,74±1,00	34,7%	15,8%	310
	Relações interpessoais entre as mães participantes do MMC	3,01±0,85	19.8%	19,3%	318

Tabela 4- Satisfação Geral

	SATISFAÇÃO GERAL Componentes	MÉDIA±DP	CONCORDÂNCIA (1 E 2)	DISCORDÂNCIA (4 E 5)	N
	Serviço de saúde e um dos melhores em que já trabalhou	3.23±1,08	21,3%	33,2%	321
MÉDIA PONDERADA 3,47	Se tivesse chance de fazer tudo novamente, escolheria o mesmo trabalho.	3.54±1,15	14,2%	43,5%	319
	Trabalhar neste serviço MMC tem sido uma boa experiência	3.67±1,02	6,1%	44,7%	319

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo facilitou a compreensão da satisfação profissional nos serviços onde a pesquisa foi desenvolvida, possibilitando a reflexão sobre os pontos negativos apresentados e a intensificação dos pontos positivos. O conhecimento dessa realidade pode contribuir com melhoras e aperfeiçoamento na prática assistencial, voltada às reais necessidades, tanto dos usuários como dos profissionais, assegurando condições ao profissional, de ocupar seu espaço imprescindível na assistência humanizada ao paciente em ambiente hospitalar.

O presente estudo apresentou limitações relacionadas ao questionário por esse ser considerado amplo e complexo por alguns profissionais, o que não permitiu a adesão desses à pesquisa.

De modo geral, os resultados apresentados expressaram a não satisfação dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar com relação a vários itens das dimensões do trabalho avaliadas neste estudo, as mesmas tem que ser consideradas para aperfeiçoar a operacionalização do Método Mãe-Canguru, visto que os dados encontrados mostram a importância de se realizar investimentos para elevar o nível de satisfação dos profissionais.

Apesar da identificação da não satisfação em vários componentes das dimensões, a satisfação geral dos profissionais deve ser considerada de forma positiva para alavancar a melhoria da assistência no MMC nos vários serviços de saúde.

Outras pesquisas devem ser realizadas, utilizando a abordagem qualitativa, para as diversas dimensões abordadas nesse estudo, para conhecimento e aprofundamento dos conteúdos nela trazidos e para reflexões acerca de colocações distintas para os vários aspectos estudados.



## REFERÊNCIAS

- ALBERTO, L.C.F.R. Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros. 2000 [Dissertação de Mestrado], **Instituto de Psicologia da USP**, São Paulo, 2000.
- ALMEIDA, M. F.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; RODRIGUES, I. C.. Mortalidade Neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.5, n.1, p.93-107, 2002.
- ALVES, A. M. L.; SILVA, E. H. D. E. A. A.; OLIVEIRA, A. C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista da sociedade brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, p. 23-28, 2007.
- ANJOS, M.O. Desafios e perspectivas de enfermeiras de centro cirúrgico no seu processo de trabalho. [dissertação], **Escola de Enfermagem da UFBA**, Salvador (BA); 2001.
- ANTUNES, A. V.; SANT'ANNA. L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 425-34, 1996.
- BANG A. T.; BANG, R. A.; BAITULE, S. B. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. **The Lancet**, n. 354, p. 1955-61, 1999.
- BERGH, A. M, PATTINSON, R. C. Development of a conceptual tool for the implementation of Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, n.92, p.709-14, 2003.
- BORGES, L. O. Significado do trabalho e socialização organizacional: estudo empírico entre trabalhadores da construção habitacional e redes de supermercados. Tese [Doutorado] - **Universidade de Brasília-DF**, Brasília (DF) 349p; 1998.

BRASIL. Portaria nº 693 de 05 de julho de 2.000. Dispõe sobre a norma para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Diário Oficial da União, 5 de julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém - nascido de baixo peso: **Método Canguru Ministério da Saúde**. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório sobre o método canguru desde sua implantação até os dias atuais, com critérios para prosseguimento e expansão do projeto, incluindo a capacitação de recursos humanos**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/portal/saude>> . Acesso em 03 de jan de 2012.

CABRAL, I.E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no Rio de Janeiro : a necessidade de educação em saúde e intervenção de Enfermagem no domicílio. Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 763-71, 2009.

CAMPOS, C.V.A. ; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CARDOSO, A. C. A., ROMITI, R., RAMOS, J. L. A., ISSLER, H., GRASSIOTTO, C., SANCHES, M. T. C. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatrics: Revisões e Ensaios**, São Paulo, 2006.

CATTANEO A., DAVANZO, R., UXA, F., TAMBURLINI, G., SLOAN, N. Kangaroo Mother Method for low-birthweight infants. [letter]. **The Lancet**; n.344, p.1304-5, 1994.

CECCHETTO, S. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana. Parte I: uma abordagem pela bioética. In: Carvalho MR, Tamez RN, organizadores. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 132-6.

CHARPAK, N., RUIZ-PELÁEZ, J. G., FIGUEROA, Z. A randomized, controlled trial of Kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. **Pediatrics**, vol.108, n. 5, 2001.

COLAMEO, A. J., REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597- 607, 2005.

CONDE-AGUDELO, A; DIAZ-ROSSELO, J.L., BELIZAN, J.M. Kangaroo Mother Care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 2, 2004.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.18n. 4, p.427-33, 2005

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. Instituto Nacional de Salud Publica. 1990.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A.; SIROTA, L.; WELLER, A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, v.110, p.16-26, 2002.

FERREIRA, M. C., MENDES, A. M. B. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer – sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.6, n. 1, p. 93-104, 2001.

FONSECA, A.C. A Apuração de Custos em Serviço de Saúde Mental: O Caso do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. IN: HARARI, A. VALENTINI, W. ORGANIZADORES. **A Reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: hucitec, 2001. P. 25-36.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.C. A percepção dos pais sobre a vivência no método Mãe-Canguru. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.11,p. 444-52,2003.

GONTIJO, T. L. Avaliação normativa da implantação do método canguru na maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais. [Dissertação]. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Escola de Enfermagem. 2006.

GONTIJO, T.L., et.al. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns: the Kangaroo Method. **Journal of Pediatrics**. v. 86, n.1, p.33-39, 2010

HAPPEL, B.; MARTIN, T.; PINIKAHANA, J. Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **International Journal of Mental Health Nursing**, n.12, p.39-47, 2000.

HENNIG, M. A. S.; GOMES M.A.S.M.; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. v. 6, n. 4, p.427-436, 2006.

KALINOWSKI, C. E. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso. [dissertação], **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis (SC); 2000.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H.; KENNEL, J. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

LAMEGO, D. T. C., DESLANDES, S.F., MOREIRA, M. E. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M., HENNIG, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, 2005.

LAMY, F. et. al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**. v. 84, p. 428-35, 2008

LARÁN, J.A. ROSSI, C.A.V. Surpresa e a formação da satisfação do consumidor. **Revista de Administração de Empresas - Eletrônica**. São Paulo, v. 5 n.1, 2006.

LIMA, F. E. T.; JORGE, M. S. B., MOREIRA, T. M. M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.59, n. 3: 291-6, 2006.

LIMA, G; QUINTERO-ROMERO, S; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Annals of Tropical Pediatrics**, v. 20, p. 22-26, 2000.

LIMA, M. C. F. Mudança no trabalho. E agora o que faço? [online] Disponível em: <<http://www.rh.com.br/ler.php?cod=3165>> acesso em: 04 de maio 2011.

LOCKE, E.A. *What is job satisfaction, oraganizational behavior and human performance*. v. 4, p. 309-336, 1969.

LUNNARDI FILHO. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 50, n.1, p.77-92, 1997.

MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. [Dissertação de Mestrado], **Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2002.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de. Psicologia Social no Trabalho**. Rio de Janeiro. v. 6, p. 59-78, 2003.

MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. Tese [Doutorado], **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, 2002.

MATTOS, J. V. *Desenvolvimento social: Programa Mãe- Canguru*. Disponível em: <http://federativo.index.gov.br/decas> (acesso em 14de março de 2011).

MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n.23, p. 55-60, 1995.

MILTERSTEINER, A., MILTERSTESTEINER, D. R., RECH, V. V., DALLE MOLLE, L. Respostas fisiológicas da posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Revista Brasileira Materno Infantil*, Recife, v.3, n.4, p. 447-455. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru)**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde da Saúde da Criança, 2000. 20 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde da Saúde da Criança. **Manual do curso de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso ao nascer: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde da Criança; 2002.

NEVES, P.N.; RAVELLI, A.P.X.; LEMOS, J.R.D. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe- Canguru): Percepções de Puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.v.31, n.1, p.48-54, 2010.

OLIVER, R. L. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. New York: McGraw-Hill Company, 1997.

PARAGUAY, A. I. B. B. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Editora Atheneu. p. 811-823, 2003.

PARISI, T.C. H; COELHO, E.R.B; MELLEIRO, M.M. Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 21, p. 575-580, 2008.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.

SANCHES, M. T. C. 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.

SARINHO, S.W.; VELOSO A.; LIMA G. Aceitação, confiabilidade e validade de uma medida de satisfação da mulher e do profissional de saúde com a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Mãe-Canguru: Desenvolvimento de um questionário para inquérito de usuário e provedor. **Relatório de Pesquisa**, 2007, 80p.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.14, n.1, p. 54-60, 2006.

SILVA JÚNIOR, N. A. Qualidade dos serviços prestados pelos hotéis de João Pessoa: uma perspectiva dos hóspedes e dos funcionários. [Dissertação de Mestrado], **Universidade Federal de Alagoas**, Maceió; 1998.

SILVA, R.B. Para uma análise da satisfação com o trabalho. **Sociologia problemas e práticas**. Lisboa. v. 26, p. 149-178, 1998.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**. v. 45, n. 12, p.1829-1843, 1997.

SOUSA-POZA, A.; SOUSA-POZA, A. A. Well being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. **Journal of socio-economics**. v. 29, p.517-538, 2000.

TOMA, T. S. Mãe-Canguru: tecnologia perinatal humana. (parte II) In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2002. p.137-43.

TOMA, T.S.; VENÂNCIO, S.I.; ANDARETTO, D.A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**.v.7,n. 3, p. 297-307, 2007.

TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do Programa. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.2, p.233-242, 2003.

VAITSMAN, J. ; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência &Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.10, n.3, 2005.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe-Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n.80 (5 Supl), p.173-80, 2004.

VIEIRA, M. J. Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem. **Aracaju: EDUFS/ Fundação Oviêdo Teixeira**, p. 19-50, 2000.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**. v.38, n. 4, p. 509-516, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Kangaroo Mother Care a practical guide [on line]**. Geneva, 2003. 54p. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/text.pdf>. Acesso em: 20 maio de 2011.

WRIGHT, T. A.; CROPANZANO, R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. **Journal of Occupational Health Psychology**, USA. v. 5, n. 1, p. 84-94, 2000.



## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A

TERMO ESCRITO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

*Satisfação/Insatisfação do Profissional de Saúde no contexto da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Mãe--canguru no estado de Pernambuco, Brasil*

Autora: Dr. Silvia Wanick Sarinho (UFPE)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
Av. Professor Moraes Rego s/n  
Cidade Universitaria - Recife- Pernambuco- Brasil  
CEP - 50.610-060  
Fone/FAX: (81) 32718540  
E-mail: silviaws@gmail.com

Prezada Sr (a) \_\_\_\_\_,  
É com prazer que lhe convido a colaborar com nossa pesquisa. O objetivo do estudo é avaliar o grau de satisfação /insatisfação dos profissionais de saúde sobre o programa de atenção humanizada ao RN de baixo peso - método Mãe-Canguru. Fazer parte desta pesquisa é inteiramente voluntário e se desejar sair ou não participar dela, não precisa externar nenhuma razão. A vantagem em participar é contribuir para o conhecimento científico para subsidiar planejamento de ações nessa iniciativa para sua unidade, o Ministério da Saúde e para a comunidade científica internacional. Se você decidir em colaborar, por favor, assine o **termo de consentimento informado** e **responda ao questionário** anexo. Os dados serão computadorizados e mantidos de forma anônima em sistemas tradicionais de segurança sob inteira responsabilidade da autora, assim como o seu nome nas publicações dos resultados. O estudo recebeu aprovação do "Comitê de Ética em Pesquisa" do Hospital Agamenon Magalhães. Como deve ser de seu conhecimento, o parecer brasileiro segue as orientações da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Espero contar com sua participação, se desejar esclarecer alguma dúvida ou requerer mais informações, sinta-se à vontade de entrar em contato nos telefones e endereços acima citados.

Antecipadamente agradecida,

Recife, \_\_de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo) li a folha de informação a respeito do estudo e entendo o que me será requerido e o que acontecerá caso eu aceite participar da pesquisa. Minhas dúvidas a respeito relacionadas ao assunto foram respondidas pelos pesquisadores. Eu entendo que em qualquer momento posso me recusar a participar do estudo sem expressar nenhuma razão e sem afetar minha atuação na gestão de minhas atividades.

Eu aceito fazer parte deste estudo.

Local ..... Data .....

Assinatura .....

RG.....



**ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO MÉTODO  
MÃE - CANGURU**

## SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO MÉTODO MÃE CANGURU - DELPHIS1

Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de mensurar aspectos da satisfação do profissional de saúde no Método Mãe Canguru e faz parte de uma pesquisa aprovada no CNPq edital 14/2008, ou seja, possui caráter estritamente acadêmico. Entende-se que algumas perguntas parecem repetitivas, entretanto isto é necessário para estabelecer-se a confiança nas medidas obtidas.

Este questionário é composto de cinco blocos. Por favor, leia e responda todas as questões com cuidado e separadamente, isto é, só passe para outro bloco de perguntas quando finalizar o que está respondendo. Não volte a um bloco anterior após tê-lo respondido. Obrigada por sua cooperação!

Caso deseje algum esclarecimento com relação a esta pesquisa, por favor contate a secretaria do Departamento Materno Infantil Centro Ciências da Saúde - UFPE nos telefones (081) 21268513 ou 21268514 Pós-graduação.

Gostaríamos de saber um pouco a seu respeito, para colaborar na interpretação dos dados desta pesquisa. Por favor, marque os itens que se seguem:

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
NOME DO ENTREVISTADO _____	
DATA :    /    / 2009	
QUESTIONÁRIO Nº _____	
SERVIÇO <input type="checkbox"/> IMIP <input type="checkbox"/> HAM <input type="checkbox"/> HBL <input type="checkbox"/> CISAM	
SEXO <input type="checkbox"/> 1. FEMININO <input type="checkbox"/> 2. MASCULINO	
PROFISSÃO <input type="checkbox"/> 1. MEDICO <input type="checkbox"/> 2. ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> 3. T. ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> 4. T. OCUPACIONAL	
<input type="checkbox"/> 5. PSICÓLOGO <input type="checkbox"/> 6. NUTRICIONISTA <input type="checkbox"/> 7. FONO AUDIÓLOGO <input type="checkbox"/> 8. FISIOTERAPEUTA	
ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO _____	
TEMPO DE SERVIÇO NA UNIDADE    _____ MESES    _____ ANOS	
TEMPO DE SERVIÇO NO MMC        _____ MESES    _____ ANOS	
PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA MATERNO INFANTIL	
<input type="checkbox"/> 1. RESIDENCIA <input type="checkbox"/> 2. MESTRADO <input type="checkbox"/> 3. DOUTORADO <input type="checkbox"/> 4. OUTRA _____ <input type="checkbox"/> 5. NÃO SE APLICA	
TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO NESTE SERVIÇO	
FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO	
SE FUNCIONÁRIO PÚBLICO	
<input type="checkbox"/> 1. FEDERAL <input type="checkbox"/> 2. ESTADUAL <input type="checkbox"/> 3. MUNICIPAL	

**EM QUAL (QUAIS) ETAPA(S) DO METODO MAE CANGURU (MMC) VOCE TRABALHA ?**

\_\_ 1ª ETAPA

\_\_ 2ª ETAPA

\_\_ 3ª ETAPA

**EM QUAL ETAPA DO MMC VOCE GASTA A MAIOR PARTE DO SEU TEMPO DE TRABALHO?**

\_\_ 1ª ETAPA

\_\_ 2ª ETAPA

\_\_ 3ª ETAPA

**QUAL SUA CARGA HORÁRIA NO MMC? \_\_ HORAS**

**REGIME DE TRABALHO; \_\_ PLANTONISTA \_\_ DIARISTA**

**VOCE ESTÁ LOTADO DE MODO EXCLUSIVO NO MMC NESSE SERVIÇO?**

\_\_ SIM

\_\_ NAO

**VOCE RECEBEU TREINAMENTO SOBRE O MMC ? \_\_ SIM \_\_ NAO**

**DURAÇÃO DO TREINAMENTO ----- HORAS**

**HÁ QUANTO TEMPO RECEBEU TREINAMENTO NO MMC? \_\_ DIAS \_\_ MESES \_\_ ANOS**

**ESSE TREINAMENTO RECEBIDO É O PRIMEIRO NO MMC NO SERVIÇO? \_\_ SIM \_\_ NÃO**



Para cada item especificado a seguir, marque o número que corresponde ao quanto você concorda ou discorda de cada um. Use a escala especificada para suas respostas

Escala:

**1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO**  
**4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO 5-MELHOR DO QUE ESPERADO**

QUANTO A INFRAESTRUTURA DESTE SERVIÇO MMC <u>VOCE CONSIDERA:</u>	
	LEGENDA
1-O ESPAÇO FÍSICO DESTINADO AO METODO MAE CANGURU (MMC) NA SUA UNIDADE DE SAÚDE	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
2-A DISPONIBILIDADE DE ASSENTOS PARA DESCANSO DAS MÃES E BEBES EM POSIÇÃO CANGURU	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
3-O NÚMERO DE BINOMIOS MÃES-BEBES POR ENFERMARIA	<b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
4-A DISPONIBILIDADE DE BANHEIRO (DISPOSITIVO SANITARIO , CHUVEIRO, LAVATÓRIO, PARA MÃES )	<b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
5-A LOCALIZAÇÃO DO POSTO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A(S) ENFERMARIA(S)	<b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
6- A DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO PARA A AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DO BEBE (BALANÇA PESA BEBE, RÉGUA,FITA MÉTRICA DE PLÁSTICO )	1 2 3 4 5
7-A ACESSIBILIDADE A MATERIAL PARA AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA	1 2 3 4 5
8- A ACESSIBILIDADE A MATERIAL PARA AVALIAÇÃO AUDITIVA	1 2 3 4 5
9- A ACESSIBILIDADE A MATERIAL PARA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA NO POSTO DE ENFERMAGEM	1 2 3 4 5
10-O ACESSO OPORTUNO AO SETOR DE CUIDADOS ESPECIAIS	<b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5

1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO  
4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO 5-MELHOR DO QUE ESPERADO

QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DESTE SERVIÇO MMC <u>VOCE</u> CONSIDERA:	
	LEGENDA
1-FAZER PARTE DA EQUIPE MMC NESTE SERVIÇO	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
2-O NÚMERO DE MÉDICOS NA EQUIPE	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
3-O NUMERO DE ENFERMEIROS NA EQUIPE	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5
4-O NUMERO DE TECNICOS DE ENFERMAGEM NA EQUIPE	<b>1ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5
5-A COBERTURA VINTE QUATRO HORAS POR OBSTETRA NAS 1ª E 2ª ETAPAS	1 2 3 4 5
6-A COBERTURA VINTE QUATRO HORAS POR NEONATOLOGISTA NAS 1ª E 2ª ETAPAS	1 2 3 4 5
7-O ACESSO OPORTUNO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA OFTALMOLÓGICA	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5
8-O ACESSO OPORTUNO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AUDIOMÉTRICA	<b>1ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA MMC</b> 1 2 3 4 5



1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO 4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO 5-MELHOR DO QUE ESPERADO

QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS _DESTE SERVIÇO MMC VOCE CONSIDERA:	
9-O ACESSO OPORTUNO A OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE:	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
PSICOLOGOS	
FISIOTERAPEUTAS	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
ASSISTENTES SOCIAIS	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
NUTRICIONISTAS	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
10-O ACESSO A TREINAMENTOS MMC PERIÓDICOS:	
PARA OS MÉDICOS	1 2 3 4 5
PARA OS ENFERMEIROS	1 2 3 4 5
PARA OS TECNICOS DE ENFERMAGEM	1 2 3 4 5
11-A COMPETENCIA TECNICA /HABILIDADE DA EQUIPE NO MANEJO DO RECÉM-NASCIDO NO MMC	
PELA EQUIPE MEDICA	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
PELA EQUIPE DE TECNICOS DE ENFERMAGEM	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
12-A CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO :	
ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE NUMA MESMA ETAPA DO MMC	1 2 3 4 5
ENTRE AS EQUIPES EM DIFERENTES ETAPAS	1 2 3 4 5
ENTRE OS MEMBROS DA MESMA CATEGORIA PROFISSIONAL	1 2 3 4 5
ENTRE OS OUTROS PROFISSIONAIS DE APOIO E OS MEMBROS DA EQUIPE	1 2 3 4 5
ENTRE OS MÉDICOS E MAES /FAMILIARES	1 2 3 4 5
ENTRE OS ENFERMEIROS E MAES /FAMILIARES	1 2 3 4 5
ENTRE OUTROS PROFISSIONAIS DE APOIO E MAES /FAMILIARES	1 2 3 4 5



1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO

4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO

5-MELHOR DO QUE ESPERADO

QUANTO AS ROTINAS DESTE SERVIÇO MMC VOCE CONSIDERA:	
	LEGENDA
1-O CONTEUDO DAS NORMAS NO MMC	1 2 3 4 5
2-O CUMPRIMENTO DAS NORMAS	1 2 3 4 5
3-A RECOMENDAÇÃO DA MAE PERMANECER COM O BEBE VINTE E QUATRO HORAS EM AMBIENTE HOSPITALAR	2ª ETAPA 1 2 3 4 5
4-O CUMPRIMENTO DA RECOMENDAÇÃO DA MAE PERMANECER COM O BEBE VINTE E QUATRO HORAS EM AMBIENTE HOSPITALAR	2ª ETAPA 1 2 3 4 5
5-O CONTEÚDO DA NORMA DE LIVRE ACESSO DAS MAES/ FAMILIARES A UNIDADE NEONATAL	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5
6-O CUMPRIMENTO DA NORMA DE LIVRE ACESSO DAS MAES/ FAMILIARES A UNIDADE NEONATAL	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5
7-O CONTEÚDO DA NORMA DE ESTIMULO AO CONTATO TATIL DA MAE COM A CRIANÇA	1ª ETAPA 1 2 3 4 5
8-O CUMPRIMENTO DA NORMA DE ESTIMULO AO CONTATO TATIL DA MAE COM A CRIANÇA	1ª ETAPA 1 2 3 4 5
9- O CONTEÚDO DAS NORMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
10- O CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
11- O CONTEÚDO DAS NORMAS DA OFERTA DE AÇÕES EDUCATIVAS ÀS MAES SOBRE HIGIENE,CONTROLE DE SAÚDE E NUTRIÇÃO,SINAIS DE RISCO	1 2 3 4 5
12- O CUMPRIMENTO DESSA ROTINA PELOS PROFISSIONAIS (AÇÕES EDUCATIVAS)	1 2 3 4 5
13- A OFERTA DE AÇÕES RECREATIVAS PARA AS MAES	1 2 3 4 5
14- O CUMPRIMENTO DESSA ROTINA PELOS PROFISSIONAIS (AÇÕES RECREATIVAS PARA AS MAES)	1 2 3 4 5
15 -OS CRITERIOS ESTABELECIDOS NA 2ª ETAPA PARA ALTA HOSPITALAR DO BEBE/MAE	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
16 O CUMPRIMENTO DESSA ROTINA ( CRITERIOS ESTABELECIDOS NA 2ª ETAPA PARA ALTA HOSPITALAR DO BEBE/MAE )	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
17-O CONTEUDO DA NORMA DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO POR MEDICO TREINADO EM RECEM-NASCIDO DE RISCO , NA 3ª ETAPA	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
18-CUMPRIMENTO DA NORMA DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO POR MEDICO TREINADO EM RECEM-NASCIDO DE RISCO 3ª ETAPA	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
19- O CONTEUDO DA NORMA SEGUIMENTO AMBULATORIAL ASSEGURADO	1 2 3 4 5
20- O CUMPRIMENTO DA NORMA SEGUIMENTO AMBULATORIAL ASSEGURADO	1 2 3 4 5
21-O CONTEUDO DA NORMA QUANTO A PERIODICIDADE SEGUIMENTO AMBULATORIAL , NA 3ª ETAPA	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
22-O CUMPRIMENTO DA NORMA QUANTO A PERIODICIDADE DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL , NA 3ª ETAPA	3ª ETAPA 1 2 3 4 5
23-O CONTEUDO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA LIVRE ARBITRIO DO BEBE QUANTO AO TEMPO DE PERMANENCIA NA POSIÇÃO CANGURU	1 2 3 4 5
24-O CUMPRIMENTO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA LIVRE ARBITRIO DO BEBE QUANTO AO TEMPO DE PERMANENCIA NA POSIÇÃO CANGURU	1 2 3 4 5
25-CONTEUDO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO AS MAES E FAMILIARES SOBRE METODO MMC	1 2 3 4 5
26-CUMPRIMENTO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO AS MAES E FAMILIARES SOBRE METODO MMC	1 2 3 4 5

1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO  
4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO 5-MELHOR DO QUE ESPERADO

QUANTO AO VINCULO INSTITUCIONAL DESTE SERVIÇO MMC <u>VOCE</u> <u>CONSIDERA:</u>	
	LEGENDA
1-SUA CARGA HORÁRIA NO MMC (ASSINALE APENAS AS ETAPAS NAS QUAIS PARTICIPA)	<b>1ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5
2- SUAS ATRIBUIÇÕES NO MMC (ASSINALE APENAS AS ETAPAS NAS QUAIS PARTICIPA)	<b>1ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5
3- AO VOLUME DE TRABALHO REALIZADO (ASSINALE APENAS AS ETAPAS NAS QUAIS PARTICIPA)	<b>1ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>2ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5 <b>3ª ETAPA</b> 1 2 3 4 5
4-O SUPORTE INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DAS SUAS FUNÇÕES NO MMC	1 2 3 4 5
5-A FORMA DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL SOBRE SUAS FUNÇÕES NO MMC	1 2 3 4 5
6-O RECONHECIMENTO INSTITUCIONAL SOBRE SEU TRABALHO NO MMC	
7-SUA REMUNERAÇÃO NESSE SERVIÇO	1 2 3 4 5



1-PIOR DO QUE O ESPERADO 2-QUASE PIOR DO QUE O ESPERADO 3-COMO ESPERADO  
4-QUASE MELHOR DO QUE O ESPERADO 5-MELHOR DO QUE ESPERADO

QUANTO AO USUÁRIOS DESTE SERVIÇO MMC VOCE CONSIDERA:	
	LEGENDA
1-A COLABORAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS ROTINAS NO MMC PELAS MAES /FAMILIARES	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
2-A ACEITAÇÃO DAS MAES NO TEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALAR NO MMC NA 2ª ETAPA	2ª ETAPA 1 2 3 4 5
3-O LIVRE ACESSO DOS PAIS A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	1ª ETAPA 1 2 3 4 5
4-A CAPACIDADE DE SUPORTE EMOCIONAL ÀS MÃES	1 2 3 4 5
5-OS CUIDADOS MATERNOS COM O BEBE SEGURAR BEBE, BANHO, PREVENÇÃO DE SUFOCAÇÃO  ADESÃO A POSIÇÃO CANGURU  CONTATO TATIL MÃE/ BEBE  HIGIENE ADEQUADA DAS MÃOS  CAPACIDADE DE RECONHECER SINAIS DE RISCO  CUIDADOS COM ALEITAMENTO MATERNO	2ª ETAPA 1 2 3 4 5  1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5  1ª ETAPA 1 2 3 4 5  1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5  2ª ETAPA 1 2 3 4 5  1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5
6--ATENDIMENTO DE MAES COM DIFERENTES CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS E CULTURAIS SIMULTANEAMENTE	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
7-A CONFIANÇA E SEGURANÇA DAS MÃES COM MMC	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
8-A QUALIDADE DA INTERAÇÃO MÃE BEBE	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5 3ª ETAPA 1 2 3 4 5
9-A PARTICIPAÇÃO DAS MAES NAS ATIVIDADES RECREATIVAS NO MMC	1 2 3 4 5
10-AS RELACOES INTERPESSOAIS ENTRE AS MAES PARTICIPANTES DO MMC	1ª ETAPA 1 2 3 4 5 2ª ETAPA 1 2 3 4 5

Para cada item especificado a seguir, marque o número que corresponde ao quanto você concorda ou discorda de cada um. Use a escala especificada para suas respostas.

Escala:

1-DISCORDO TOTALMENTE	3-NEM CONCORDO/ NEM DISCORDO	4-CONCORDO PARCIALMENTE
2-DISCORDO PARCIALMENTE		5-CONCORDO TOTALMENTE

ITENS	LEGENDA				
1. Este é um dos melhores serviços de saúde em que já trabalhei	1	2	3	4	5
2. Este serviço MMC é exatamente o que eu esperava	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito com minha decisão de trabalhar neste serviço MMC	1	2	3	4	5
4. Se eu tivesse chance de fazer tudo novamente, escolheria o mesmo trabalho	1	2	3	4	5
5. Eu realmente gostei deste serviço MMC	1	2	3	4	5
6. Me sinto bem sobre minha decisão de trabalhar aqui	1	2	3	4	5
7. Trabalhar neste serviço MMC tem sido uma boa experiência	1	2	3	4	5
8. Estou certo que fiz a coisa certa de trabalhar aqui	1	2	3	4	5

**ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

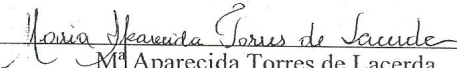
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Recife, 01 de julho de 2009.

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa que foi aprovado na reunião do dia 30/06/2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, **"ATENÇÃO HUMANIZADA AO RÉCEM NASCIDO DE BAIXO PESO MÉTODO MÃE CANGURU NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**, conforme normas para pesquisa, envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,

  
M<sup>a</sup> Aparecida Torres de Lacerda  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - HAM

**ANEXO C- REGRAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL**



A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

### Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

### Aspectos Éticos

#### 1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

#### 2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

### Crítérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O ma-

nuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

### Seções da Revista

**Editorial** escrito a convite do editor

**Revisão** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

**Artigos Originais** divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser



claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

**Notas de Pesquisa** relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

**Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

**Informes Técnico-Institucionais** deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

**Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

**Resenhas** crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

**Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

**Artigos Especiais** textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

#### Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e

referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

#### Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

#### Estrutura do manuscrito

**Página de identificação** título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

**Página de Resumos** deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Página das Ilustrações** as tabelas e figuras



somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

**Página da Legenda** as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

#### Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol*. 2007; 132: 2087-102.

#### Livro

Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

#### Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

#### Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

#### Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

#### Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

#### Documento em formato eletrônico – Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf)

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelho, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br)

Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)