

Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru*

Share applicability recommended by kangaroo method

Aplicabilidad compartir recomendado por método canguro

Alessandra Patricia Stelmak¹; Márcia Helena de Souza Freire²

Como citar este artigo:

Stelmak AP; Freire MHS. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):795-802. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.795-802>

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of the actions recommended by the MC in practice care for preterm newborns and/or low birth weight, by the nursing staff of the intensive neonatal care which is state reference for the MC. **Method:** Quantitative descriptive research, conducted through by applying a structured questionnaire with 37 mid-level nursing professionals in the Neonatal Intensive Care Unit, from February to April 2014. **Results:** Welcoming, encouraging touch, breastfeeding and environmental control are the actions performed by the team, each having 97% of practical applicability, and actions less executed, the diaper in the lateral position (83%), and the bathroom wrapped in swaddling clothes (58%). **Conclusion:** This team performs the care of humanized actions as recommended by the MC, and understands the importance of care for the development of newborns. There is the need of permanent education process in service.

Descriptors: Kangaroo Method, Humanization of Assistance, Premature, Public Health Nursing, Health Policy.

* Extraído de Dissertação apresentada no Mestrado Profissional de Enfermagem – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba-PR, Brasil; Algoritmos de Cuidado de Enfermagem Fundamentados no Método Canguru: uma construção participativa/novembro de 2014.

¹ Enfermeira, Mestre, Especialista em Neonatologia, atua na Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-PR, Brasil. E-mail: stelmak@pop.com.br.

² Enfermeira, Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP-SP, Professora Adjunta do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-PR, Brasil. Email: marcia.freire@ufpr.br.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência das ações preconizadas pelo MC na prática de cuidados ao recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso, pela equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal que é referência estadual para o MC. **Método:** Pesquisa descritiva quantitativa, realizada através da aplicação de um questionário estruturado com 37 profissionais de enfermagem de nível médio, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de fevereiro a abril de 2014. **Resultados:** O acolhimento, o incentivo ao toque, o aleitamento materno e o controle ambiental são as ações mais executadas pela equipe, apresentando cada uma 97% de aplicabilidade prática, e como ações menos executadas, a troca de fralda em decúbito lateral (83%), e o banho envolto em cueiros (58%). **Conclusão:** Esta equipe realiza as ações humanizadas de cuidado conforme preconizados pelo MC, e compreende a importância desses cuidados para o desenvolvimento infantil dos recém-nascidos. Existe necessidade de processo de educação permanente em serviço.

Descritores: Método canguru, Humanização da Assistência, Prematuro, Enfermagem em Saúde Pública, Política de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de las acciones recomendadas por el MC en los cuidados del recién nacido prematuro y/o bajo peso de nacimiento, por el equipo de enfermería de una unidad de terapia intensiva prenatal, referencia estatal para el MC. **Método:** Estudio descriptivo cuantitativo, llevado a cabo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado con 37 profesionales de enfermería de nivel técnico, en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, de febrero a abril del 2014. **Resultados:** La acogida, el incentivo al roce, la lactancia materna y el control ambiental son las acciones más empleadas por el equipo, presentando cada una de ellas el 97% de aplicabilidad práctica. Por otro lado, hay acciones menos ejecutadas, como el cambio de pañales en decúbito lateral (83%) y el baño envolto en paños (58%). **Conclusión:** Este equipo realiza las acciones humanizadas del cuidado de acuerdo con las recomendaciones del MC y comprende la importancia de estos cuidados para el desarrollo infantil de los recién nacidos. Existe la necesidad del proceso de educación permanente en servicio.

Descriptor: Método Canguru, Humanización de la Asistencia, Prematuro, Enfermería en la Salud Pública, Política de Salud.

INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas ocorridas nos últimos anos favoreceram o aumento da expectativa de vida dos recém-nascidos prematuros, porém novas preocupações são advindas desses avanços, em especial, a qualidade de vida.¹

Trabalhar com a vulnerabilidade dos recém-nascidos pré-termos (RNPT) e/ou baixo peso (BP) torna-se um desafio constante para os profissionais de saúde, que necessitam estar alertas às necessidades e especificidades de cuidados, pois os mesmos encontram-se em fase de maturação dos órgãos em ambiente antagônico às condições uterinas.²

A condição de nascimento pré-termo exige esforços do RN para a adaptação em ambiente extrauterino, que podem acarretar em prejuízos, tanto físicos como mentais, ao longo do desenvolvimento infantil.¹

O ambiente da UTIN deve promover a segurança necessária para o cuidado e sobrevivência do RNPT e/ou BP, porém se mostra desfavorável ao processo de maturação dos órgãos, devido ao excesso de luminosidade, ruídos, e estímulos os quais o cérebro ainda não se encontra preparado para receber.

Neste sentido, como política pública nacional, o Método Canguru, compreende um conjunto de cuidados humanizados perinatal ao RNPT e/ou BP que visa minimizar os efeitos do nascer prematuro, e melhorar a qualidade de vida futura desses RN.²

Na perspectiva de amenizar os possíveis efeitos deletérios dessa condição de nascimento, e do internamento do RNPT e/ou BP em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o MC apresenta-se como uma estratégia que visa uma mudança de paradigma nos cuidados ofertados a essa população.

Historicamente, esta prática teve início nos anos 80, em Bogotá, na Colômbia, através da promoção do contato pele-a-pele, também conhecida como posição canguru, que tinha por objetivo promover a estabilidade térmica do RN, frente à falta de incubadoras necessárias para o aquecimento do RN.³

Esta nova prática de cuidado, não somente reduziu os índices de mortalidade infantil, como também diminuiu o abandono do RN nas UTIN, aumentou o vínculo entre RN/família e as taxas de aleitamento materno.²

Frente a esses benefícios, rapidamente esta prática estendeu-se aos cinco continentes, e o Brasil destacou-se mundialmente por adotar o MC como Política Pública Nacional no ano 2000, amplamente estruturada em três etapas sequenciais.² A primeira etapa corresponde ao período de internação do RNPT e/ou BP na UTIN, ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Na segunda etapa, que ocorre na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), a mãe retorna ao hospital em regime de alojamento conjunto, na condição de acompanhante ao filho prematuro, e assume a integralidade do cuidado ainda sob supervisão e orientação de uma equipe multiprofissional até o RN atingir peso ideal para alta, que pode variar entre as instituições hospitalares, mas visa a alta com cuidado materno autônomo e seguro para a continuidade domiciliar. A terceira etapa corresponde ao seguimento ambulatorial, no qual o RN será acompanhado pelo serviço até atingir peso de 2500g, onde poderá ser atendido na atenção básica de saúde.²

Nas três etapas o cuidado ao RN e família, envolve um conjunto de ações que buscam acolher os pais, permitir o envolvimento dos mesmos no processo terapêutico dos seus filhos, incentivá-los ao toque precoce com evolução até a posição canguru, inseri-los nos cuidados e promover o início de formação de vínculo.²

Após alguns anos de implantação do MC, acredita-se ser necessário verificar se as ações preconizadas pelo MC estão sendo praticadas nas maternidades e diante desta inquietação emerge a seguinte questão norteadora: Com que frequência

às ações de cuidados neonatais preconizadas pelo MC, está sendo aplicada em uma unidade neonatal que é referência estadual para o MC? Portanto, este estudo teve por objetivo identificar a prevalência das ações preconizadas pelo Método Canguru (MC), na prática de cuidados ao recém-nato pré-termo e/ou baixo peso, pela equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal que é referência estadual para o MC, e identificar mudanças de paradigmas ocorridas após o processo de implantação do MC.

MÉTODO

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma Dissertação desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido em UTIN de um hospital de ensino de grande porte na capital paranaense, durante o período de fevereiro a abril de 2014.

Teve como participantes profissionais do nível médio de enfermagem entre auxiliares e técnicos, capacitados para a aplicação do MC, dos três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. A equipe de enfermagem deste serviço é composta por 49 profissionais pertencentes ao nível médio, dentre estes, 10 profissionais não haviam realizado o curso de capacitação de 30h no MC, e outros dois encontrava-se em afastamentos durante o período de coleta de dados, portanto participaram do estudo 37 profissionais.

A escolha dos participantes foi intencional, com a justificativa de obtenção da opinião de pessoas já sensibilizadas para a realização do cuidado humanizado, e os profissionais de nível médio foram escolhidos por considerar-se que o sucesso do MC está fortemente relacionado ao cuidado por eles dispensado ao RNPT e/ou BP.

Os critérios de inclusão traçados foram: profissional lotado na UTIN, com capacitação com o curso de 30h realizado pelos tutores do MC, assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, estar presente no dia da coleta de dados, não ter se ausentado devido férias, licença de saúde ou outro tipo de afastamento do serviço. Como critérios de exclusão, não cumprir um dos critérios acima descritos.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada, pela autora principal, a aplicação de um questionário estruturado contendo 22 questões objetivas (Anexo 1), além dos dados de identificação. O participante foi orientado a assinalar com 'X' as alternativas de cuidado que ele realizava no cuidado humanizado ao RNPT e/ou BP. Faz-se importante ressaltar que para estas questões não havia opções para marcação de 'às vezes', 'sempre' ou 'nunca', portanto foram consideradas como respostas positivas, ou seja, de aplicabilidade satisfatória, aquelas cujas ações eram realizadas com frequência superior a 50%.

Para o tratamento dos dados foi utilizada estatística descritiva, com números absolutos e porcentagem, e os resultados foram organizados e apresentados na forma de tabela e gráfico. Este estudo foi realizado atendendo aos critérios

relativos à Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional nº 466/2012, e aprovado no pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o nº 376.485.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos auxiliares e técnicos de enfermagem da UTIN HC/UFPR Curitiba-PR (2014)

Características	n	%
Sexo		
Feminino	37	100
Categoria Profissional		
Auxiliar de Enfermagem	25	68
Técnico de Enfermagem	12	32
Idade		
30-35 anos	03	8
36-40 anos	09	24
41-45 anos	09	24
46-50 anos	05	14
51-55 anos	07	19
56 anos ou +	04	11
Turno de trabalho		
Manhã	07	19
Tarde	06	16
Manhã/tarde	07	19
Noite*	17	46
Tempo de HC		
09-10 anos	11	30
11-15 anos	06	16
16-20 anos	08	21
21-25 anos	11	30
25 anos ou +	01	3
Tempo de UTIN		
03-09 anos	09	24
10-15 anos	12	32
16-20 anos	07	19
21-25 anos	08	22
25 anos ou +	01	3
Escolaridade		
Fundamental completo	01	3
Ensino médio completo	14	38
Superior em curso	03	8
Superior completo	16	43
Especialização	03	8

Fonte: A autora (2014).

* Servidores divididos por três noites.

As 37 entrevistadas eram exclusivamente do sexo feminino, sendo 68% de auxiliares de enfermagem e 32% técnicas em enfermagem. A idade das participantes variou entre 30-61 anos, com uma média de 44,9 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, essa variável oscilou entre nove e 28 anos, com média de 16 anos, e grande expressividade de trabalho na instituição acima dos 21 anos totalizando 33% (n = 12). Quanto aos anos de trabalhos desempenhados em UTIN, mais da metade da amostra (51%) trabalhava entre 10-20 anos com cuidados voltados ao recém-nascido. Vale ainda ressaltar que 25% executavam essas atividades há mais de 20 anos. Em se tratando de um Hospital Universitário Federal, onde a contratação se dá por meio de concurso público, apresentado o servidor estabilidade de emprego, quase não há rotatividade de pessoas, e os trabalhadores normalmente concluem o período para a aposentadoria. Isso explica os números elevados de tempo de trabalho no hospital, na UTIN e a idade média dos participantes do estudo. Apesar do nível de escolaridade exigido para o cargo ser o nível médio, 51% das entrevistadas possuíam o nível superior completo (Tabela 1).

Quando questionadas sobre a aplicabilidade das ações preconizadas pelo MC, as entrevistadas foram estimuladas a refletir sobre suas ações direcionadas ao RNPT e/ou BP, e posteriormente apontar as ações que envolvem o MC, e que são desempenhadas em suas rotinas de trabalho, como também expressar o conhecimento sobre os critérios de elegibilidade nas 2ª e 3ª etapas do MC.

Diante da leitura de cada questionamento, muitas relataram que naquele momento tiveram a oportunidade de relembrar várias ações que usualmente não relacionavam à prática do MC, por entenderem como *rotina de trabalho*. O que pode ser interpretado como necessidade de apropriação do MC na íntegra e com aplicabilidade cotidiana.

Estudo transversal realizado em sete centros no distrito de Ahmedabad, na Índia em 2012, envolvendo 145 profissionais de enfermagem acerca dos conhecimentos sobre o MC, apontou um baixo conhecimento sobre as ações que envolvem o MC, apenas 33% dos profissionais listaram corretamente os componentes do MC, que naquele país envolve: o contato pele a pele, aleitamento materno exclusivo, alta precoce e apoio a mãe na prática canguru.⁴

Reitera-se que o MC oportuniza a aproximação dos pais ao RN, interrompida pela necessidade da internação, e incentiva a participação dos mesmos no processo terapêutico.² A amamentação é fortemente incentivada no MC, e para facilitar a sucção do RNPT e/ou BP, a fixação da sonda para alimentação, que era tradicionalmente fixada em bordo de lábio superior, foi substituída no MC pela fixação 'tipo gatinho' em osso zigomático, para a liberação do músculo orbicular dos lábios.²

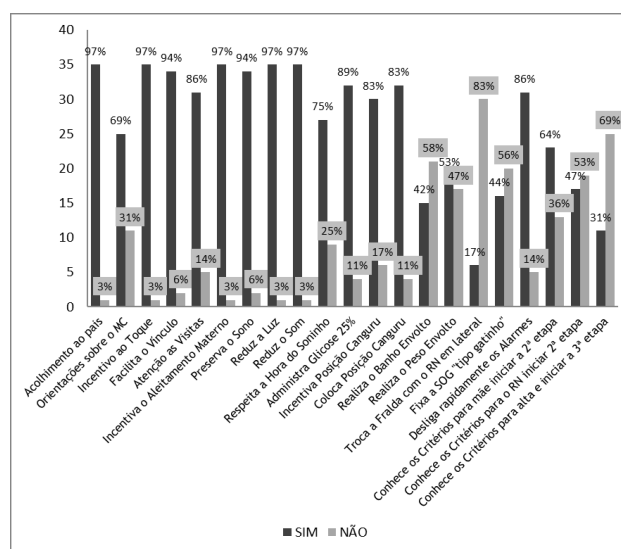
Ainda dentre os cuidados preconizados pelo MC encontram-se as adequações ambientais, que buscam reduzir os ruídos, a luminosidade, os excessos de manuseios ao RN, diminuindo assim, o estresse com promoção do conforto ao

RN.² Para o conforto preconizam-se ações como posturação adequada, envolvimento no ninho, medidas de contenção, e o uso da glicose antes de procedimentos dolorosos.² A verificação do peso, e execução do banho envolto em cueiros, são ações protetivas que visam a não desorganização do RN.² Enfim entre tantas ações, o MC procura respeitar as singularidades de cada RN/família, com vistas à preservação e estímulo ao vínculo familiar, ao melhor desenvolvimento infantil, e à assistência humanizada.

No Brasil, o Ministério da Saúde investe largamente na capacitação dos profissionais e sensibilização dos mesmos para os processos de implantação do MC nas maternidades.³ Embora o MC encontre-se em ascensão entre os estados, um estudo recente revelou que os maiores dificultadores para a implantação e fortalecimento do MC encontram-se nos aspectos gerenciais/administrativos, ou seja: dificuldade em adequar estrutura física para a realização da 2ª etapa, UCINCa; insuficientes recursos humanos; inadequação de materiais e recursos organizacionais; falta de apoio institucional.⁵ O método revela-se como um processo de trabalho complexo, que exige mudanças comportamentais daqueles que executam os cuidados ao RNPT e/ou BP.

No gráfico a seguir encontram-se os resultados sobre as ações preconizadas pelo MC e seus percentuais de adesão segundo a equipe de enfermagem.

Gráfico 1 – Ações preconizadas pelo método canguru e a aplicabilidade na prática ao RNPT e/ou BP, UTIN HC/UFPR Curitiba-PR (2014)



Fonte: A autora (2014).

Verifica-se com os resultados apontados no Gráfico 1 que as ações preconizadas pelo MC estão sendo realizadas por esta equipe de enfermagem, com maior ou menor prevalência, e que os pilares de 'Acolhimento' e 'Adequação ambiental', são os cuidados mais representativos no processo de humanização ao RNPT e/ou BP realizados pelas participantes, com 97% de aplicabilidade prática. No tocante ao acolhi-

mento do RN, pais e familiares, o cenário do estudo revela ser esta uma prática fortemente institucionalizada.

O impacto negativo diante da internação de um filho pode ser minimizado por um acolhimento bem sucedido, e a relação de segurança proporcionada por este momento desencadeará a postura dos pais no decorrer do internamento.⁶ Segundo as participantes a UTIN desenvolve há anos melhorias no processo de acolhimento, por ser uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização Hospitalar. Receber de forma humanizada o neonato, seus pais e familiares tornou-se um cuidado primordial com vistas ao sucesso de vinculação RN/família e relação família/equipe.

Frente aos resultados desta pesquisa verificou-se alta prevalência (97%), de profissionais que incentivam o toque precoce ao RN, na tentativa de iniciar a formação de vínculo afetivo (94%). A formação de vínculo entre mãe/pai/RN é reconhecida como um dos maiores benefícios alcançados pelo MC.

Estudo francês envolvendo 60 pais de RNPT revelou que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os pais reduzem significativamente o nível de estresse gerado por esse momento, e reconhecem as atitudes dos profissionais da UTIN como determinantes na formação de vínculo com o RN e segurança para o desenvolvimento dos cuidados.⁷

Outro cuidado amplamente incentivado pela equipe de enfermagem, e que favorece a formação de vínculo afetivo e conforto ao RN refere-se à posição canguru, encontrado em 83% de respostas afirmativas no incentivo a esta prática de cuidado.

Contraopondo achados de que o MC é reconhecido pela equipe de enfermagem prevalentemente como posição canguru,⁸ e que a posição canguru revela-se como ação mais incentivada pelos profissionais de saúde,^{4,9} este estudo afirma que embora seja a partir do contato-pele-a-pele que se deu o início do MC, e conseqüente expansão mundial, para esta equipe de enfermagem, o MC representa muito mais que a posição canguru, representa um conjunto de ações que visam um cuidado mais humanizado ao RN, com inserção da família, que minimiza os efeitos estimulantes recebidos durante o internamento na UTIN e UCINCo buscando o melhor desenvolvimento infantil.

No tocante ao incentivo ao aleitamento materno 97% das entrevistadas afirmam que este cuidado é realizado como rotina no serviço, porém não relacionavam esta prática fortemente ao MC, e sim a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Um estudo realizado em uma maternidade do Piauí, com 19 mães de RN pré-termos, demonstrou que a equipe de enfermagem orienta constantemente sobre as técnicas e a importância do aleitamento, e reconhece o MC como favorecedor desse processo.¹⁰

Em contra-partida, um estudo similar, realizado na Índia, no que diz respeito ao aleitamento materno e método canguru, de maneira semelhante a esta pesquisa, a associação do MC apresentou-se baixa, somente 33% lembraram o aleitamento

materno como ação integrante do MC, e apenas 27,6% acreditam que o MC aumenta as taxas de aleitamento materno.⁴

Quando questionados se realizavam cuidados para minimizar os efeitos estressores produzidos pelos ruídos e luminosidades da UTIN, verificou-se que 97% dos entrevistados preocupam-se em diminuir sons e luzes, entendidos como prejudiciais ao conforto do RN, bem como preservar os horários do 'soninho' (75%), períodos estes que não são realizados procedimentos na tentativa de preservar o sono e repouso do RN, embora, refiram que muitas vezes devido à dinâmica da UTIN, quantidade de procedimentos e intercorrências, este cuidado apresenta-se comprometido.

A preocupação com os níveis de ruídos é justificada pelo fato de que a exposição aos ruídos em longo prazo pode afetar estruturas do aparelho auditivo e manifestar-se na forma de dificuldades no pensar, conversar, soletrar, ler, escrever ou calcular. E ainda, como consequência poderá afetar o desenvolvimento social, intelectual, emocional e linguístico da criança, e até mesmo causar surdez, por ultrapassar os limiares de audição.¹¹

Achados semelhantes apontam que os profissionais de saúde lotados em UTIN reconhecem este ambiente como altamente ruidoso, e que esta poluição sonora pode ser prejudicial tanto para os RN como também a si próprios, neste sentido procuram minimizar conversas e desligar rapidamente os alarmes.¹²

É de consenso entre diversos autores nesta temática que o nível de ruído nas UTIN mundialmente, ainda que verifique todos os esforços dos profissionais em minimizá-los, continua ainda acima do recomendado.^{1,13-14}

Estes dados sinalizam a urgência em realizar ações educativas no alcance de todos os envolvidos no cuidado, para uma redução ainda maior nos níveis sonoros em UTIN, e assim preservar a acuidade auditiva dos neonatos.

Outro cuidado relevante, a redução da luminosidade sobre o RN, está amplamente introjetado (97%) nas atitudes das profissionais respondentes deste estudo. Embora a UTIN apresente-se dentro das normas de climatização e de controle de iluminação, as depoentes descrevem ações para diminuir a incidência luminosa sobre o RN, com a utilização de panos escuros que visam, além do conforto e diminuição do estresse, proporcionar um ambiente favorecedor do sono e condicionar o RN ao reconhecimento diurno e noturno.

Sabe-se que crianças prematuras apresentam maior propensão em desenvolver alterações oftalmológicas como a retinopatia da prematuridade, o estrabismo e os erros de refração resultantes de lesões neurológicas, devido a toxicidade da luz, e a privação sensorial no período de 28-40 semanas, compreendido como de maior desenvolvimento do sistema visual.¹⁵

Outro fator importante relativo à visão do prematuro refere-se ao fato que a reação pupilar do RN se estabelece entre 30-34 semanas de gestação, entretanto, caso não ocorra a preservação da luminosidade, a luz incidirá continuamente

sobre a retina do RN, podendo acarretar em prejuízos na acuidade visual.²

Estudo recente realizado em UTIN de Minas Gerais demonstrou que os profissionais de enfermagem reconhecem os estímulos ambientais, como maiores estressores e motivo de desorganização dos RN, e que utilizam de mecanismos para minimizar esses efeitos.¹⁶

Sobre os cuidados de rotina presentes em todas as UTIN, como: banho, peso, higiene e troca de fralda, que dependem grandes esforços do RNPT e/ou BP, mas, se realizados de maneira protetiva como recomenda a norma do MC, devem proporcionar conforto, organização, segurança, e principalmente redução das complicações clínicas decorrentes desses procedimentos,² foi questionado se realizavam estes cuidados como preconiza o MC, de forma a respeitar as individualidades, procurando executar o cuidado de forma delicada, preservando os momentos de sono e repouso e utilizando o envolvimento em cueiros, para proporcionar maior segurança ao RN e evitar as perdas insensíveis de calor.

O banho como rotina na unidade, durante o período de coleta de dados, era realizado no horário matutino e não estavam sendo respeitados os intervalos semanais. Em curso das entrevistas foram realizadas pelas enfermeiras da unidade, duas “sensibilizações” com as servidoras do diurno, para adequação da rotina de banho e peso do RN, com vistas à certificação da UTIN Referência Estadual no Método Canguru. Dentre as participantes, 42% afirmaram realizar o banho envolto em cueiros, e 53% relataram pesar o RN protegido em panos.

Cabe ressaltar, das respostas afirmativas, somente uma participante relatou que já executava esses cuidados conforme os preceitos do MC, enquanto, as demais referiram que iniciaram a realização desse procedimento mantendo esse cuidado de envolvimento somente após as sensibilizações.

A utilização do banho envolto é uma forma humanizada de realizar higiene e conforto ao RN, além de oferecer segurança e mantê-lo calmo e protegido durante o procedimento, remetendo a ideia de retorno uterino.¹⁷

Quanto à higiene e à troca de fraldas, foi perguntado se realizavam a troca em decúbito lateral, evitando a elevação dos MMII, o que pode acarretar aumento da pressão abdominal e refluxo gastresofágico com risco à broncoaspiração.² Observou-se que 83% afirmaram não realizar a troca de fralda em decúbito lateral. Grande parte das entrevistadas relatou que desconheciam a necessidade e a importância desse cuidado, e que nunca viram, no local do estudo, alguém realizar a técnica conforme preconiza o MC. Outras entrevistadas, porém, mencionaram ter ouvido falar sobre esse cuidado durante o curso do MC, mas que não realizavam pelo ato mecânico de elevar as pernas e realizar a higiene.

Os cuidados diários como higiene e troca de fralda podem ser ações geradoras de estresse ao RN quando realizadas de maneira adversa à posição lateral, pois demanda grande esforço para reestabelecer o equilíbrio anterior ao manuseio.¹⁸

Percebeu-se que os cuidados básicos eram realizados de forma mecânica, sem avaliação das necessidades e individualidades do RN, uma vez que a troca de fralda era realizada como rotina de 3/3h, independente do estado de sono, do peso do RN, da frequência miccional, etc., não priorizando o manuseio mínimo.

Este resultado acena para a necessidade de uma nova sensibilização da equipe, fundamentando mediante evidências científicas as boas práticas de assistência ao RN em UTIN, e a importância de cada ação do cuidado humanizado ao RNPT e/ou BP, na tentativa de preservá-los dos prejuízos inerentes desses cuidados na fase neonatal. Outro cuidado preconizado pelo MC, é a fixação da sonda ‘tipo gatinho’, em osso zigomático,² apresentou baixa adesão, somente 44% das respondentes referiram realizar a fixação conforme recomenda o método. Não foram encontrados trabalhos que relatem a experiência na utilização da sonda ‘tipo gatinho’.

Diversas participantes disseram não lembrar os critérios para a segunda etapa do MC, pois haviam realizado o curso do MC há mais de dois anos, e que normalmente as Enfermeiras são responsáveis por eleger as mães e seus RN. Achados semelhantes cujo objetivo era identificar o conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre a aplicação do MC e analisar sua importância na assistência na UTIN, verificaram que a equipe apresentava conhecimento sobre o MC, todavia, encontravam dificuldades em identificar as etapas do MC no cotidiano de trabalho.¹⁹

CONCLUSÃO

Percebe-se que existe, neste cenário de estudo, um movimento de fortalecimento do MC, e uma expressiva adesão às ações preconizadas relativas ao acolhimento, inserção dos pais nos cuidados, incentivo ao aleitamento materno e adequação ambiental, e que o cuidado centrado na família expressa grande representatividade no processo de humanização.

Embora avanços tenham sido verificados ao longo do processo de implantação do MC, denota-se a importância deste estudo, que revelou existir uma lacuna entre o conhecimento adquirido nas capacitações do MC e a aplicabilidade práticas dessas ações, principalmente nas ações protetivas referentes ao banho, peso e higiene do RN, e na baixa adesão a fixação da sonda gástrica ‘tipo gatinho’ em osso zigomático, que podem ser atribuídos ao mecanicismo imposto por décadas de trabalho em UTIN, que refletem na lentidão de mudanças nos processos de trabalho. Ponderando a complexidade do MC e as especificidades em trabalhar com o RNPT e/ou BP, avalia-se que os processos educativos em UTIN devem ser permanentes na tentativa de sensibilização continuada dos profissionais em oferecer assistência voltada para o desenvolvimento potencial de cada RN.

A partir destes resultados e de sua discussão com outros autores conclui-se também que os investimentos em capacitações para a implementação das ações recomendadas por Políticas Públicas, como o Método Canguru, são extrema-

mente relevantes para os processos de mudanças comportamentais e paradigmáticas dos profissionais da área da saúde. Embora não se verifique adesão plena a todos os cuidados preconizados pelo Método Canguru, identifica-se, com satisfação, a transição de um cuidado tecnicista ao humanista, e acredita-se que ela será a cada dia mais crescente.

Por fim, ressalta-se que esta pesquisa não teve nenhum obstáculo para sua realização, e que as informações aqui geradas permitem a replicação da pesquisa em outros ambientes de UTIN e a geração de informações úteis para o processo de gestão da assistência de enfermagem ao neonato pré-termo e/ou baixo peso.

REFERÊNCIAS

1. Vieira MEB, Linhares MBM. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. *J Pediatr (Rio J)*. 2011 jul/ago.; 87(4):281-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2ªed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tec_nico_2ed.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: caderno do tutor. Brasília, 2011.
4. Dalal A, Bala, DV, Chauhan S. A cross-sectional study on knowledge and attitude regarding kangaroo mother care practice among health Care providers in ahmedabad district. *Int J Med Sci Public Health*, v.3,issue, 3, p.253-256, 2014.
5. Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Cad saúde pública*. 2012 maio.; 28(5):935-44. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&extAction=lnk&exprSearch=625491&indexSearch=ID>>.
6. Hennig MAS, Gomes MASM, Morsch DS. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. *Physis: revista de Saúde Coletiva*, 2010; 20(3): 835-52. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/1782?show=full>>.
7. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatr*. 2013 Feb.; 13(18) Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/18>>.
8. Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev bras saúde mater infant*. (Online). 2006;6(4): 427-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400010>.
9. Silva JR, Thomé CR, Abreu RM. Método mãe canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. *Rev CEFAC (online)*. 2011 maio/jun.; 13(3):522-33. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011000300016>>.
10. Coêlho LS, Dias AA, Landim CAP, Lima JVF, Pessoa da Silva MN, Abdalla CM. Amamentação do recém-nascido prematuro no método canguru: percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem. *Rev pesq cuid fundam online*. 2013 dez.; 5(6): 284-292. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3484> acesso em: 09/08/14>.
11. Pinheiro EM, Guinsburg R, Nabuco MA, Kakehashi TY. Noise Neonatal Intensive Care Unit and inside the incubator. *Rev latinoam enferm*. 2011 Sep/Oct.; 19(5):1214-21. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030587>>.
12. Daniele D, Pinheiro EM, Kakehashi TY, Balieiro MMFG. Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na Unidade Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1041-48. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/48123>>.
13. Correia, CQOS, Mendonça AEO, Souza NL. Produção científica sobre ruídos na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE [on line]*. 2014; 8(1): 2406-12. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4270/9803>>.
14. Wang D, Aubertin C, Barrowman N, Moreau K, Dunn S, Harrold J. Examining the effects of a targeted noise reduction program in a neonatal intensive care unit. *Arch dis child fetal neonatal ed*. 2014 May; 99(3):203-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24356177>>.
15. Ruas TCB, Gagliardo HR, Martinez CS, Ravanini SG. A comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo no primeiro trimestre de vida. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2010;20(3): 680-7. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300003>.
16. Fontes FS, Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Araújo BBM. Cuidado ao recém-nascido prematuro na perspectiva da reorganização comportamental – um olhar de enfermagem *Rev pesq cuid fundam [online]* 2011 jul./set.; 3(3):2045-52. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1471/pdf_409 acesso em: 09/10/14>.
17. Balbino AC, Cardoso MVLML, Silva RC, Moraes KM. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012 dez.; 20(esp.1):615-20. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908>>.
18. Hemkemeier J, Fermino VC, Ribeiro IM. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. *Rev ciência saúde*. 2012 jan/jun.; 5(1): 2-8. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9135>>.
19. Silva RA, Barros MC, Nascimento MHM. Conhecimento de técnicos de enfermagem sobre o método canguru na unidade neonatal. *Rev bras promoç saúde (Impr.)*. 2014 jan/mar.; 27(1):124-30. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2375>>.

Recebido em: 09/09/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 09/09/2015
Publicado em: 10/07/2017

Autor responsável pela correspondência:
Alessandra Patricia Stelmak
Rua Fátima Bark, 515, Capão Raso
Curitiba/PR, Brasil
CEP: 81130-270
Fones: (41) 3018-8208 / (41) 8864-5170

Anexo 1

Você pode me apontar na lista abaixo, quais os cuidados preconizados pelo Método Canguru que você realiza em suas atividades diárias ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso, aos pais e familiares:

- Procuro acolher os pais na primeira visita ao RN;
- Faço orientações sobre o Método Canguru;
- Procuro incentivar os pais a tocar seus filhos e inseri-los posteriormente nos cuidados;
- Me preocupo com a formação de vínculo entre RN e família e incentivo aos pais a realizar os primeiros cuidados com seu filho
- Sou atenciosa com os pais e familiares durante a visita;
- Incentivo a mãe a iniciar o aleitamento materno
- Procuro agrupar os cuidados para preservar mais momentos de sono e repouso;
- Me preocupo com o conforto do RN e sempre procuro confortá-lo o ninho;
- Diminuo as luzes da sala sempre que possível;
- Falo baixo e me preocupo em diminuir os ruídos na sala;
- Respeito o horário do soninho sempre que possível;
- Administro analgesia não farmacológica (glicose 25%) antes de procedimentos dolorosos;
- Incentivo a posição canguru;
- Coloco o RN em posição canguru;
- Realizo o banho conforme orientações do MC, mantendo o RN no enrolamento e respeitando os dias de banho
- Realizo a pesagem do RN envolto no cueiro ou fralda de pano;
- Realizo a troca de fralda em decúbito lateral;
- Sei quando devo realizar a fixação da SOG, “tipo gatinho” e assim o faço;
- Verifico e desligo o alarme do oxímetro tão logo comece a tocar;
- Conheço os critérios para que a mãe inicie a 2ª etapa do MC na UCINCa (2ª etapa);
- Conheço os critérios para que o RN participe da 2ª etapa na UCINCa (2ª etapa);
- Conheço os critérios na 3ª etapa do MC.