



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ISABELA MARIA MAGALHÃES SALES

**ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO MÉTODO
CANGURU: contribuições da enfermagem**

**Teresina
2016**

ISABELA MARIA MAGALHÃES SALES

**ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO MÉTODO
CANGURU: contribuições da enfermagem**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

**Teresina
2016**

ISABELA MARIA MAGALHÃES SALES

**ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO MÉTODO
CANGURU: contribuições da enfermagem**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovação em ____/____/2016

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos
1ª Examinadora – Centro Universitário UNINOVAFAPPI

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
2ª Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Suplente
Profa. Dra. Inez Sampaio Nery
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este trabalho as pessoas mais importantes da minha vida: Aos meus pais Francisco das Chagas e Cassandra minhas fontes inspiradoras e meu maior orgulho! A minha irmã Isadora e minha avó Rita por caminharem lado a lado comigo! Ao meu grande incentivador, companheiro e amigo Nilson, pela compreensão!

AGRADECIMENTOS

Deus esta é mais uma graça alcançada, sei que o senhor me colocou nessa caminhada porque sabia que eu era capaz, e foi meu parceiro de luta e agora na vitória reconheço sua glória e humildemente lhe agradeço.

Agradeço a Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes que me possibilitou mais uma conquista profissional de qualidade.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, na pessoa da Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pelo incentivo e apoio ao crescimento dos discentes e deste Programa de Pós-Graduação.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha, por me “adotar” quando o mestrado já estava em andamento. Ao longo desses quase dois anos, tive o privilégio de receber seus ensinamentos que sem dúvidas serão marcantes em minha formação. Obrigada por se dedicar ao seu trabalho e por acreditar no meu, pela compreensão, generosidade, amizade e humildade que foram atitudes e qualidades que se veem nas ações e que servirão para mim de exemplo e inspiração.

Às professoras que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o meu carinho e gratidão pelos conhecimentos, experiências e pelo incentivo à pesquisa. Em especial, a Profa. Dra. Inez Sampaio Nery por ter me estendido a mão, por me escutar e me ajudar a prosseguir nessa aventura, professora a senhora é nosso exemplo de amor a enfermagem.

Hoje queria agradecer a Profa. *Adriana da Cunha Menezes Parente*, pela nossa vida passam muitos professores e com toda certeza alguns nos marcam mais. A senhora para mim foi mais que uma professora, foi amável e gentil me estendendo a mão no momento mais difícil da minha vida me permitindo voar em busca dos meus sonhos.

Aos componentes da Banca Examinadora de qualificação e defesa, Profa. Dra. Carmen Viana Ramos e Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia pela disponibilidade e contribuições no meu trabalho.

Aos meus pais Francisco das Chagas Sales Jr. e Cassandra Maria Veras Magalhães Sales, que me educaram com amor e fizeram de mim a pessoa que sou

hoje. Mais do que minha educação formal me ofereceram a minha formação humana, sou e serei eternamente grata. Meus amores, essa vitória é de vocês. Mãe, obrigada por sempre me acalentar com seu amor e proteção desde que eu era pequeninha dentro te, hoje estou crescida mais a senhora ainda é responsável por me fortalecer para o mundo, me amparando em todos os momentos do meu viver.

Ao meu amor, Nilson, por me acompanhar nessa jornada, por me compreender, escutar minhas angústias, por me incentivar e me apoiar. Foram inúmeras as dificuldades ao longo desses dois anos, superamos. Essa vitória também é sua.

A minha amada grande família, em especial minha irmã Isadora e minha vó Rita pela por torcerem e acreditarem em mim. Amo vocês!

Aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado. Em especial, ao Augusto Cezar, agora doutorando deste programa, obrigada por estar comigo me estimulando e me dando suporte quando eu precisei, por sua disponibilidade e preocupação diária, você é merecedor de tudo que tem acontecido em sua vida. Tem minha admiração. A Fernanda minha eterna dupla, obrigada por confiar no meu potencial quando eu não acreditei.

Chegamos aqui mais fortes, a vida não merece ser vivida sem dificuldades, visto que é um elemento essencial à evolução e orientação. Turma IX do mestrado, obrigada pela união e pelos momentos compartilhados! Sei que sempre fui “fechada”, mas sempre me fiz disponível a ajudar e escutar aqueles que de mim precisaram. Vocês tornaram meus dias pesados em leves, nós nos apoiamos nessa jornada e por isso tenho orgulho de vocês. Vocês são especiais e iluminados e “A turma nove é dez”.

A todos os servidores do Departamento de Enfermagem, pela disponibilidade e colaboração, em especial à Ruth por sua tranquilidade e boa vontade.

Às profissionais de enfermagem participaram deste estudo, pelo carinho e confiança.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos.

Tenho eterna gratidão a todos que contribuíram para conclusão de mais uma etapa importante da minha vida profissional!

“Nascer é prejudicial à saúde, pois não há no mundo ambiente melhor que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida”. (Jucille Menezes)

RESUMO

O recém-nascido pré-termo de baixo peso é uma realidade, afetando todas as regiões brasileiras contribuindo para a elevada mortalidade neonatal no Brasil, visto que 12,99% dessas crianças que nascem nessas condições, morrem antes de completar o primeiro ano de vida. Foram muitos os avanços em políticas de saúde, como a atenção humanizada à criança, à mãe e à família que tornou possível a implementação do Método Canguru, que se inicia no pré-natal e se estende até após a alta hospitalar. Os objetivos desse estudo foram analisar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem que contribuem para a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru, descrever como os profissionais de enfermagem contribuem para viabilizar o cuidado domiciliar após a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru e elaborar um folder explicativo direcionado a nortear pais e demais familiares para a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru. Tratou-se de um estudo qualitativo, baseado no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), desenvolvido em uma maternidade de referência do Estado do Piauí, com a participação de 17 profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada no período de abril a julho de 2016. Ressalta-se que o estudo foi aprovado em primeiro de março de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 1.431.180) e cumpriu todos os preceitos éticos dispostos pela Resolução N° 466/12. A análise dos discursos contemplou os quatro processos recomendados pela PCA discutidos à luz do referencial sobre a temática, emergiram as categorias: A posição canguru como parte das ações benéficas para a alta hospitalar; O aleitamento materno como vínculo afetivo e nutricional; A higiene corporal e íntima do recém-nascido no Método Canguru; Orientações específicas sobre fototerapia pela enfermagem; Alterações respiratórias como sinal de alerta; Realização de prescrições médicas e de enfermagem. O estudo revelou que para que sejam desenvolvidas ações que viabilizem a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru, as profissionais de enfermagem necessitam de estratégias eficientes de cuidados e promoção à saúde. Assim constatou-se que a educação em saúde é uma ferramenta primordial durante o período de internação na unidade neonatal, cabendo à equipe de enfermagem emponderar e capacitar os pais ou demais familiares para a responsabilidade do cuidado requerido pelo filho pré-termo, por meio da promoção de autoconfiança. Sabe-se que após a alta hospitalar, os pais e demais familiares devem estar seguros quanto ao manuseio da criança, assim, por reconhecer a terceira etapa como aquela que dá continuidade à assistência ao bebê, exigindo diferentes modos adaptativos de todos os envolvidos, para contribuir com esse processo, foi elaborado um folder que contemplou os cuidados elencados pelos profissionais de enfermagem durante a realização dos grupos focais, fundamentais para continuidade da assistência à saúde do bebê que nasceu prematuro e com baixo peso no domicílio. Esse impresso é um meio de consulta rápida que poderá vir a contribuir com o cuidado seguro destinado ao bebê que nasceu prematuro.

Palavras-Chave: Prematuro. Método Canguru. Enfermagem Neonatal. Alta Hospitalar.

ABSTRACT

The low birth weight preterm newborn is a reality, affecting all Brazilian regions, contributing to high neonatal mortality in Brazil, since 12.99% of those children born under those conditions die before completing the first year of life. There have been many advances in health policies, such as the humanized attention to the child, the mother and the family that has enabled implementing the Kangaroo Method, which begins in prenatal care and extends until after hospital discharge. The objectives of this study were to analyze the actions developed by the nursing team that contribute to the hospital discharge of the newborn undergoing the Kangaroo Method, to describe how nursing professionals contribute to the feasibility of home care after hospital discharge of the newborn submitted to the Kangaroo Method and to elaborate an explanatory folder to guide parents and other relatives for the continuity of the care of newborns at home after the hospital discharge of the Kangaroo Method. This was a qualitative study, based on the methodological framework of the Convergent-Care Research (CCR), developed at a reference maternity hospital in the State of Piauí, with the participation of 17 nursing professionals from the Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit. For data collection, one used the semistructured interview from April to July 2016. The study was approved on March 1, 2016 by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (Opinion No. 180) and fulfilled all the ethical precepts established by Resolution No. 466/12. The analysis of the discourses contemplated the four processes recommended by the CCR discussed in the light of the referential on the subject, the categories emerged: The kangaroo position as part of the beneficial actions for hospital discharge; Breastfeeding as an affective and nutritional bond; The corporal and intimate hygiene of the newborn in the Kangaroo Method; Specific guidelines on phototherapy by nursing; Respiratory changes as a warning sign; Medical and nursing prescriptions. The study revealed that, in order to develop actions that allow the hospital discharge of the newborn undergoing the Kangaroo Method, nursing professionals need efficient strategies of care and health promotion. Thus, health education is a primordial tool during the period of hospitalization in the neonatal unit, being the nursing team responsible for empowering and enabling parents or other relatives to take responsibility for the care required by the premature child, by promoting self-confidence. After hospital discharge, parents and other family members must be sure about the child's handling, thus, There was elaboration of a folder that contemplated the care provided by the nursing professionals during the realization of the focus groups, fundamental for continuity of the health care of the baby who was born premature and underweight of everyone involved. In order to contribute to that process, a folder aimed at guiding parents and other family members to the continuity of care with newborns at home was developed. That form will be a means of quick consultation that may contribute to the safe care intended for the baby who was born prematurely.

Key Words: Premature. Kangaroo Method. Neonatal Nursing. Hospital Discharge.

RESUMEN

El recién nacido prematuro de bajo peso es una realidad, que afecta a todas las regiones de Brasil, contribuyendo a la alta mortalidad neonatal en Brasil, ya que 12,99% de los niños nacidos en estas condiciones mueren antes del primer año de vida. Ha habido muchos avances en las políticas de salud, como la atención humanizada al niño, la madre y la familia que hizo posible la aplicación del Método Canguro, que comienza antes del nacimiento y se extiende hasta después de la alta hospitalaria. Los objetivos de este estudio fueron analizar las acciones desarrolladas por el personal de enfermería que contribuyan al alta hospitalaria del recién nacido sometido al Método Canguro, describir cómo los enfermeros contribuyen a facilitar la atención a domicilio después del alta hospitalaria del recién nacido sometido al Método Canguro y preparar un folleto explicativo para guiar a los padres y otros miembros de la familia para la continuidad de la atención de los recién nacidos en su casa después del alta hospitalaria del Método Canguro. Este fue un estudio cualitativo, basado en el marco metodológico de Investigación Convergente-Asistencial (ICA), desarrollado en una maternidad de referencia en lo estado de Piauí, con la participación de 17 profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Canguro. Para recopilar los datos, se utilizó una entrevista semi-estructurada de abril a julio de 2016. Es de destacar que el estudio fue aprobado el 1 de marzo, 2016, por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí (Opinión Nº 1.431. 180) y cumplido todos los preceptos éticos dispuestos por la Resolución N ° 466/12. El análisis de los discursos incluyeron los cuatro procesos recomendados por la ICA, discutidos a la luz de referencia sobre el tema, surgieron las siguientes categorías: La posición canguro como parte de las acciones beneficiosas para el alta hospitalaria; La lactancia materna como vínculo afectivo y nutricional; La higiene del cuerpo y íntima del recién nacido en el cuidado canguro; Orientación específica sobre la fototerapia por la enfermería; Trastornos respiratorios como un señal de advertencia; La realización de las prescripciones médicas y de enfermería. El estudio reveló que, para desarrollar acciones para permitir el alta hospitalaria del recién nacido sometido al cuidado canguro, los profesionales de enfermería necesitan estrategias eficaces para la atención y promoción de la salud. Así, se encontró que la educación en la salud es una herramienta esencial durante la estancia hospitalaria en la unidad neonatal, siendo el personal de enfermería responsable de potenciar y permitir a los padres u otros miembros de la familia el cuidado requerido por el niño prematuro, a través de la promoción de la auto-confianza. Se sabe que después del alta hospitalaria, los padres y otros miembros de la familia deben sentirse seguros en el manejo del niño, por lo que mediante el reconocimiento de la tercera etapa como una que sigue apoyando el bebé, que requieren diferentes modos de adaptación de todos los involucrados para contribuir a este proceso. Fue elaborado un volante que incluía el cuidado enumerado por profesionales de enfermería durante el transcurso de los grupos focales, básicos para el cuidado de la salud continua para el bebé nacido prematuramente y con bajo peso en el hogar. Esta forma es un medio de consulta rápida que puede contribuir a la atención segura para el bebé nacido prematuro.

Palabras Clave: Prematuro. Método Canguro. Enfermería Neonatal. Alta Hospitalaria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama representativo dos grupos focais e seus temas discutidos em Teresina-PI – outubro e novembro de 2016.....	43
Quadro 1 – Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo, Teresina/PI-2016.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDPI** – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- MC** – Método Canguru
- MDER** – Maternidade Dona Evangelina Rosa
- MES** – Ministério da Educação e Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAISC** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PAISMC** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
- PCA** – Pesquisa Convergente Assistencial
- PHPN** – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PNAISC** – Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Criança
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RN** – Recém-Nascido
- RN AIG** – Recém-Nascido Adequado Para Idade Gestacional
- RN GIG** – Recém-Nascido Grande Para Idade Gestacional
- RN PIG** – Recém-Nascido Pequeno Para Idade Gestacional
- RNBP** – Recém-Nascido de Baixo Peso
- RNEBP** – Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso
- RNMBP** – Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
- SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC** – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
- SOG** – Sonda Orogástrica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UCINCa** – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo.....	14
1.2 Objetivos.....	17
1.3 Justificativa e relevância do estudo.....	17
2 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	19
2.1 História política da saúde da criança.....	19
2.2 Prematuridade: efeito da internação hospitalar no contexto familiar.....	24
2.3 O Método Canguru como Atenção Humanizada.....	30
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 Tipo de pesquisa.....	37
3.2 Local da pesquisa.....	38
3.3 Participantes da pesquisa.....	39
3.4 Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados.....	40
3.4.1 Entrevistas semiestruturadas.....	40
3.4.2 Grupos focais.....	41
3.5 Análise dos dados.....	44
3.6 Aspectos éticos.....	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	47
4.2 A posição canguru como parte das ações benéficas para a alta hospitalar.....	49
4.3 O aleitamento materno como vínculo afetivo e nutricional.....	55
4.4 A higiene corporal e íntima do recém-nascido no Método Canguru.....	64
4.5 Orientações específicas sobre fototerapia pela enfermagem.....	70
4.6 Alterações respiratórias como sinal de alerta.....	74
4.7 Realização de prescrições médicas e de enfermagem.....	77
4.8 Folder: cuidados especiais com o bebê prematuro em casa.....	79
5 CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES E ANEXOS.....	95
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	96
APÊNDICE B – Roteiro para o Grupo Focal.....	97
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
ANEXO B – Carta de Aceitação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	102
ANEXO C – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa.....	104
ANEXO D – Termo de Confidencialidade.....	105
ANEXO E – Declaração das Pesquisadoras.....	106
ANEXO F – Carta de Encaminhamento a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa.....	108

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo

Quando um casal recebe a notícia de uma gravidez é motivo de alegria para muitas famílias. É a possibilidade concreta de gerar uma criança e vivenciar experiências únicas durante a gestação. Os futuros pais, em sua maioria, esperam que o percurso da prenhez até o nascimento do recém-nascido (RN) ocorra de forma tranquila, equilibrada e sem intercorrências. Entretanto, alguns fatores como obesidade, diabetes, gestações próximas, dentre outros, influenciam o curso natural do período gestacional que podem desencadear o nascimento prematuro do bebê (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

O recém-nascido pré-termo (RNPT) ou seja, aquele cujo nascimento ocorre antes de 37 semanas de idade gestacional é uma realidade nos dias atuais, assim como o recém-nascido de baixo peso (RNBP) que nasce com peso inferior a 2.500g. Dados do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) revelam que no ano de 2014, o Brasil apresentou cerca de 332.992 mil nascimentos antes da 37ª semana gestacional, perfazendo uma taxa de 11,8%, desses prematuros, 143.464 mil eram de baixo peso (4,82%) (SINASC, 2014).

Os RNPT de baixo peso constituem um problema que afeta todas as regiões brasileiras, Sudeste (5,45%), Nordeste (4,15%), Sul (5,31%), Norte (3,81%) e Centro-Oeste (4,55%). No Estado do Piauí, no ano de 2014, nasceram 1.904 bebês prematuros de baixo peso sendo 692 incidentes na capital Teresina (SINASC, 2014). Essas taxas contribuem para a mortalidade neonatal ainda existente no Brasil, visto que 18.630 (12,99%) dessas crianças que nascem na condição de prematuridade e baixo peso, morreram antes de completar o primeiro ano de vida (SIM, 2014).

Esse dado revela a necessidade de uma atenção especial e adequação dos cuidados imediatos a esses recém-nascidos de alto risco e ainda uma assistência pré-natal qualificada, já que a mortalidade neonatal ainda está vinculada a causas que podem ser prevenidas, relativas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Além disso, essas taxas configuram um importante problema de saúde pública, uma vez que o RNPT de baixo peso necessita de cuidados intensivos para a manutenção de sua

saúde, em virtude de possuir uma variedade de dificuldades de adaptação à vida extrauterina, dada a imaturidade dos sistemas respiratório, circulatório e gastrointestinal, de modo que é incapaz de sobreviver sem uma assistência individualizada e especializada, gerando elevados custos aos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2014; NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Ao longo dos anos, foram muitos os avanços tecnológicos e políticos em saúde que contribuíram para a diminuição da morbimortalidade e elevação da expectativa de vida da população. Da mesma forma ocorreu na área de neonatologia, sendo introduzidos equipamentos modernos como, incubadora de parede dupla umidificada que diminui a perda de calor através da pele e ventilador mecânico que exerce papel importante na oxigenação, ambos responsáveis por aumentar a sobrevivência do RNPT de baixo peso. Por outro lado, surgiu também, a necessidade de ações humanizadas (HECK et al., 2016).

Assim, vem sendo incorporadas novas visões acerca da temática, introduzindo no Brasil um novo paradigma, que é o da atenção humanizada à criança, à mãe e à família, que visa impedir condutas inoportunas e agressivas ao RN, devendo ser instaurada no pré-natal, conservando-se até o período pós-parto, sendo significativas as ações em saúde que envolvam a preservação das condições hospitalares adequadas, que incluem aspectos físicos, ambientais e humanos (BRASIL, 2013; MEDEIROS et al., 2014; SOUTO et al., 2014).

A partir dessas práticas humanizadas direcionadas à família, à mãe e ao RN, tornou-se possível a implantação do Método Canguru (MC), que consiste em um modelo de assistência perinatal que promove o cuidado humanizado, reunindo estratégias de intervenções biopsicossociais. Esse modelo assistencial recebeu essa denominação por envolver a colocação do RNPT de baixo peso junto ao peito de um dos pais ou demais familiares, com o objetivo de obter um contato pele a pele, responsável pela promoção do vínculo familiar, pela troca de calor que promove o aquecimento do bebê, por favorecer o aleitamento materno, dentre outros¹ (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010; BRASIL, 2013).

¹No Método Canguru os recém-nascidos (até 27 dias após o nascimento) poderão permanecer internados na maternidade por um tempo prolongado. Ou seja, durante a aplicação do método, alguns deixam de ser recém-nascidos para serem lactentes, objetivando um melhor entendimento do presente trabalho, optou-se por não fazer essa diferenciação, sendo utilizada apenas uma nomenclatura para todos os bebês submetidos ao método canguru, no caso, recém-nascido.

É importante ressaltar que o MC se inicia no pré-natal de gestação de alto risco, seguido do nascimento prematuro do bebê de baixo peso e sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), se estendendo até após a alta hospitalar (ROCHA; DANTAS; LINO, 2015). Ressalta-se que durante o período de internação os pais e demais familiares do RNPT de baixo peso são amparados por uma equipe multiprofissional que fornece uma assistência individual e qualificada fundamental para uma evolução satisfatória do RN submetido ao Método Canguru.

Esse processo, em geral, constitui um longo período de internação, de modo que os pais ficam ansiosos pela alta hospitalar do RNPT de baixo peso, e, somado a isso, vem o sentimento de insegurança, visto que, suas casas eles serão responsáveis por exercerem todos os cuidados que o bebê irá requerer, e para isso, deverão desenvolver habilidades e competências para desempenharem os cuidados adequados ao seu filho no domicílio (DANTAS, 2011; LINS, 2014; SASSÁ et al., 2014).

Diante desse contexto, deverão ser desenvolvidas ações que contribuam para que o RNPT de baixo peso estabilize seus parâmetros fisiológicos, ou seja, inicie a coordenação de sucção e deglutição de maneira espontânea, alimente-se por via oral sem sonda, controle bem sua temperatura e esteja com ganho de peso ascendente, critérios fundamentais para alta hospitalar (ROCHA; DANTAS; LINO, 2015). A partir dessa premissa, revela-se o papel preponderante dos profissionais de enfermagem no que se refere a esses aspectos e aos que envolvem o apoio, orientação e instrumentalização das mães ou acompanhantes para os cuidados cotidianos com o RNPT de baixo peso durante a internação hospitalar.

O convívio diário da equipe de enfermagem com as famílias, possibilita uma influência ativa sobre a realidade cultural de cada paciente e, por meio desse poder, eles adquirem autonomia no elencar de ações assistenciais e educativas que contribuam para alta hospitalar do RNPT de baixo peso, bem como, para que os pais e familiares desempenhem os cuidados requeridos pela criança no domicílio. É importante salientar que, é necessário que os profissionais de enfermagem passem as informações, levando em consideração o contexto ao qual o bebê está inserido e sua dinâmica familiar.

A saída do RNPT de baixo peso do âmbito hospitalar só ocorrerá quando os critérios de alta forem atendidos e a equipe de saúde estiver segura que os pais e demais familiares compreenderam todas as informações referentes ao cuidado com o

bebê. Desse modo, surge como objeto de estudo a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru da maternidade para o cuidado no domicílio.

Fundamentado no objeto de estudo, elegeu-se como questões norteadoras: Quais as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que contribuem para a viabilização da alta hospitalar dos recém-nascidos submetidos ao Método Canguru? Como os profissionais de enfermagem subsidiam a garantia do cuidado domiciliar após a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru?

1.2 Objetivos

- Analisar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem que contribuem para a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru;
- Descrever como os profissionais de enfermagem contribuem para viabilizar o cuidado domiciliar após a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru;
- Elaborar um folder explicativo direcionado a nortear pais e familiares para a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

A escolha do tema emergiu ainda durante o curso de Bacharelado em Enfermagem, nos estágios e projetos de extensão, vinculados as disciplinas Saúde da Mulher e Saúde da Criança e do Adolescente, desenvolvidos na maternidade de referência do estado do Piauí, onde foi possível observar os avanços que o Método Canguru trouxe não só aos RNPT de baixo peso, mas aos seus pais e demais familiares, sendo uma proposta eficiente e aproximadora, contribuindo de forma positiva para a diminuição da morbimortalidade neonatal.

Sabe-se que o percentual de mortalidade entre esses recém-nascidos ainda é acentuado até o primeiro ano de vida, revelando a necessidade de um acompanhamento sistemático que viabilize a alta hospitalar ao tempo que garanta a continuidade dos cuidados no domicílio.

Dessa forma, surgiram questionamentos acerca das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que contribuem para viabilização da alta hospitalar do RNPT de baixo peso e os aspectos que envolvam essa transição, uma vez que é importante que essa alta ocorra de maneira segura e que os pais e familiares adquiram conhecimentos e habilidades que garantam a continuidade do cuidado do bebê no domicílio, para que sejam evitadas reinternações e óbitos neonatais.

Então, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam todo o processo que vai desde a internação até a alta hospitalar, e adquiram embasamento teórico para agirem frente às dificuldades dos pais e das necessidades de recursos materiais, para que possam discutir novas estratégias que ofereçam suporte necessário aos recém-nascidos, pais e demais familiares, para a alta hospitalar do RNPT de baixo peso e a garantia do retorno seguro ao lar, bem como, a continuidade do cuidado.

Diante da problemática apresentada, considera-se relevante o estudo por possibilitar a compreensão de como os profissionais de enfermagem viabilizam a alta hospitalar e o processo de transição dos recém-nascidos do hospital para o domicílio, contribuindo para a elaboração e implementação de ações/ práticas que atendam as necessidades específicas, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, a fim de favorecer um melhor prognóstico aos RNPT de baixo peso.

A expectativa é que esta pesquisa possa gerar informações úteis, de modo que possam auxiliar no processo de discussão e estudo da temática e no elencar de estratégias que contribuam para diminuição das vulnerabilidades às condições crônicas dos recém-nascidos que nascem prematuros e com baixo peso, para que o índice de sobrevivência desses bebês, gradativamente se acentue, através de um conjunto de procedimentos cada vez mais especializados, na forma de inovações da assistência prestada e o desenvolvimento de novas tecnologias.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 História política da saúde da criança

A criança ao longo de décadas ocupou diversas posições na sociedade, e por isso, enfrentaram diferentes situações de vida e no âmbito da saúde, para finalmente depois de anos serem consideradas sujeitos sociais com características únicas e bem definidas. Essas modificações exigiram transformações em todos os setores, bem como, mudanças políticas, sociais e econômicas. A partir do momento em que os serviços públicos se responsabilizaram por essas crianças e a sociedade passou a conhecer a situação das mesmas, iniciou-se efetivamente a elaboração de políticas públicas e investimentos voltados a saúde materno-infantil, com a incorporação de ações educativas de vigilância e prevenção voltadas para crianças e familiares (ARAÚJO et al., 2014a).

No território brasileiro, a saúde da criança foi influenciada pela colonização no início do século XVI, com características específicas da formação do povo brasileiro e da nossa história. Sofreu intensa confluência étnica e cultural dos colonizadores portugueses, índios e negros africanos escravizados (SANTOS; RESEGUE, PUCCINI, 2012). No século XIX, as crianças foram ignoradas pela classe médica, além disso, não existiam instituições de saúde dedicadas ao cuidado infantil. Só depois, o obstetra francês Pierre Budim se preocupou com o bebê além da sala de parto, dando abertura ao desenvolvimento da assistência ao RN ou a neonatologia (CASTRO, 2009).

A pediatria no Brasil, só foi considerada especialidade no ano de 1882, quando Carlos Arthur Morcovo Figueiredo propôs o primeiro curso voltado a área de saúde da criança e a criação da cadeira de Clínica de Moléstias de Crianças na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, justificadas pelo número acentuado de doenças que acometiam as crianças e o aumento de sua letalidade, que demonstrava a premência inadiável de se prestar assistência a essa parcela da população doente. Para isso, houve necessidade de conhecimentos consagrados com estudo (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

No início da República, a saúde da criança e do adolescente encontrava-se vinculada apenas a uma questão de higiene pública. Nessa época os índices de mortalidade infantil eram acentuados, fato que motivou a realização da Conferência

Nacional de Proteção à Infância em 1933, na cidade do Rio de Janeiro, com foco direcionado a união de forças federal, estadual e de grupos privados, para compor um programa voltado a proteção materno-infantil (INOCÊNCIO, 2014).

Durante o Estado Novo, 1937 foi estabelecido o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, suas atividades eram desenvolvidas através do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por meio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (STELMAK, 2014).

Em 1940 o Departamento Nacional da Criança se responsabilizou pelas ações que visavam normatizar o atendimento a mãe e ao filho e combater a mortalidade infantil. As atribuições nacionais desse departamento, incluía a realização de inquéritos e estudos relativos aos problemas apresentados pela maternidade, infância e adolescência, bem como, a obrigatoriedade de incentivar a criação de estabelecimentos estaduais, municipais e privados destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Porém em 1953 o MS foi criado, assumindo todas as ações que eram de responsabilidade do Departamento Nacional da Criança (INOCÊNCIO, 2014).

Em 1970, foi implementada a coordenação de Proteção Materno-Infantil filiada à Secretaria de Assistência Médica, que juntas planejavam, orientavam, coordenavam, controlavam, auxiliavam e fiscalizavam todas as ações destinadas a proteção à maternidade, à infância e a adolescência. Logo depois, em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com principal ambição de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança, trazendo inúmeros subprogramas como: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente, Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011a).

A assistência à saúde materno-infantil até o momento, seguia o mesmo padrão dos outros programas destinados a saúde na época, ou seja, tinham caráter verticalizado, onde as ações eram voltadas apenas a agravos sanitários considerados prioritários, ainda centrados no modelo hospitalocêntrico. Só nos anos 80 e 90 aconteceram progressos sociais relevantes na saúde, com a Constituição Federal das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, que foram fundamentais para alinhar as

transformações no modelo de saúde brasileiro, assim como, no que diz respeito à saúde da criança (ARAÚJO et al., 2014a).

Em 1983, a Divisão Nacional Materno Infantil elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materno-infantil, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde do país. Sua implantação efetiva foi no ano de 1984 constituindo um marco histórico no Brasil, pela primeira vez o governo inclui programas referentes a família, deixando de pensar apenas no tratamento individual de doenças e sua cura. No mesmo ano de sua implantação, houve o desmembramento da saúde da mulher e da criança, dividido o programa em dois: Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) (INOCÊNCIO, 2014).

O PAISM enquanto política, surgiu como resposta aos problemas de saúde e às necessidades femininas. Constituiu a primeira iniciativa do MS de incluir nas ações de atenção à saúde da mulher, o planejamento familiar, através do acesso às informações e aos meios reversíveis de contracepção. Além disso, esse programa passou a abordar todos os ciclos da vida da mulher no contexto saúde-doença e não apenas o período gestacional, sendo considerado o início de profundas mudanças que ocorreram na reorganização do modelo médico-privatista vigente (CASSIANO et al., 2014).

Já o PAISC tinha como objetivo inicial a criação de condições para o atendimento integrado à saúde da criança de zero a cinco anos, priorizando os grupos de risco, por meio do aumento da cobertura da assistência e melhoria da qualidade de atendimento, fundamentais para a redução da mortalidade infantil, uma vez que o perfil epidemiológico das crianças era marcado pelos elevados índices de mortalidade por doenças infecto-parasitárias (MOREIRA et al., 2012). É possível perceber que o grupo infantil passa a ser reconhecido como portador de características individuais, com um perfil de morbimortalidade diferenciado, portanto necessita de ações específicas.

De fato, nas últimas três décadas o Brasil apresentou progressos significativos no contexto da saúde materno-infantil. Esses avanços só ocorreram devido às transformações socioeconômicas, demográficas, melhorias dos sistemas de saneamento e especialmente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe a implementação de muitos programas voltados à saúde da mulher e da criança, como

amamentação, imunização e Programa de Saúde da Família (PSF), responsável por atender às áreas mais pobres do país. Esses avanços associados a ampliação do acesso à saúde, contribuíram para a redução da mortalidade materna e infantil, bem como, elevação dos índices de aleitamento materno (STELMAK, 2014).

Atualmente, a assistência à saúde da criança se encontra respaldada pelas políticas nacionais de saúde, embasadas pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade e acesso gratuito de todos os brasileiros ao SUS. Somado à esses princípios, a atenção pediátrica também possui direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que tornou definido o papel do Estado e suas responsabilidades sobre a assistência a infância e a adolescência. Por meio do ECA, pela primeira vez na nossa história a criança foi vista como sujeito de direito (SANTOS; RESEGUE, PUCCINI, 2012).

Em 1992, o MS incorporou como ação prioritária a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), que pretendia mobilizar todos os profissionais de saúde dos hospitais-maternidade e estabelecimentos com leitos de parto, para que remodelassem suas condutas e rotinas que contribuíssem para o acentuado desmame precoce. Logo em seguida, no ano de 1996 foi implantada a Estratégia de Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana e pelo Fundo de Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que visava sistematizar o atendimento à criança de maneira integral na rotina dos serviços de saúde desenvolvidos pela atenção primária, também propondo a oferta de um atendimento sistematizado voltado as doenças mais frequentes que acometiam as crianças até cinco anos de idade (MOREIRA et al., 2012).

Também em 1996, criou-se a Coordenação de Saúde da Mulher e a Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, que dois anos após foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. É importante ressaltar que, nesse mesmo ano as ações de aleitamento materno foram incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que atualmente é o setor responsável por elaborar e gerenciar políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade (INOCÊNCIO, 2014).

No que se refere ao âmbito hospitalar, em virtude da preocupação com a assistência humanizada à saúde da criança, mãe e familiar e em decorrência dos

avanços tecnológicos que aumentaram a sobrevivência e perspectivas de desenvolvimento de RN prematuro, foi regulamentada pelo MS no ano 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), que representou um passo significativo na promoção de uma mudança institucional direcionada a humanização do cuidado em saúde para a família (SILVA; THOMÉ; ABREU, 2011).

No mesmo ano, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que teve como elemento estrutural a humanização e os direitos reprodutivos, objetivando a redução das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Porém, esse programa não alcançou o que se esperava, apresentando obstáculos no acesso aos serviços de saúde devido à deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais (CASSIANO et al., 2014).

Dois anos após, o MS criou o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança, que tinha como proposta acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Esse documento revela a adoção de medidas que garantem o crescimento e o desenvolvimento infantil de forma saudável, com enfoque na garantia do direito da população e o dever do Estado em cumprir (INOCÊNCIO, 2014).

Também foi considerado um marco importante o Pacto pela Redução da Morte Materna e Neonatal, anunciado em 2004, destacando entre suas estratégias a vigilância e investigação do óbito materno e neonatal. O monitoramento e avaliação dessas mortes configura-se uma tática importante, pois gera uma discussão de todo o contexto que culmina na ampliação da visibilidade do evento, assim, são analisadas as chances de resolubilidade do óbito prospectando a prevenção de outros por meio da fundamentação de medidas (STELMAK, 2014).

Em 2006, implementou-se o Pacto pela Vida componente do Pacto pela Saúde, formado por uma junção de compromissos sanitários, que se manifestam por meio de objetivos e prioridades, incluindo também atenção à saúde da criança, no que se refere a redução da mortalidade infantil neonatal e infantil por doenças como diarreia e pneumonia (INOCÊNCIO, 2014).

Ainda, faz-se menção o programa Rede Cegonha (2011), estratégia importante do Governo Federal com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança. Objetivava implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, através da garantia de seu acesso, acolhimento e resolubilidade, fundamentais para a diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil. Esse

programa é considerado o mais completo elaborado pelo Governo Federal, com ações abrangem todas as etapas da vida da mulher e acompanham as crianças do nascimento até os dois anos de idade (CASSIANO et al., 2014).

Pode-se considerar um outro grande avanço no âmbito das políticas de saúde voltadas à criança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que objetiva promover e proteger a saúde infantil e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados que se iniciam na gestação se estendendo até que a criança complete nove anos de idade. A atenção especial é voltada à primeira infância e aos grupos mais vulneráveis, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e desenvolvimento pleno (BRASIL, 2015).

A saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública desde os primórdios do século XX, através da incorporação de programas e políticas que foram gradativamente ampliados e consolidados ao longo dos anos. É possível perceber que eles surgiram de acordo com as necessidades de cada período, e nem todas as ações obtiveram sucesso, assim como a maioria possui objetivos em comum, como a diminuição das taxas de morbimortalidade materno-infantil. De fato, esse propósito vem sendo alcançado, porém os índices ainda são elevados.

Cabe ressaltar que, a assistência à saúde em geral bem como, a voltada à saúde da criança ainda se encontra em processo de construção, substituindo o modelo voltado para patologias pelo modelo de construção de redes objetivando a inclusão da família e a integralidade do cuidado. Ainda existem lacunas e limitações no cuidado à criança, no que tange por exemplo o modelo de processo de trabalho e as ações de educação em saúde. Assim, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros devem desenvolver suas atividades pautadas nas políticas de saúde públicas vigentes que garantam a qualidade da atenção a população infantil.

2.2 Prematuridade: efeito da internação hospitalar no contexto familiar

A família é uma organização social que pode enfrentar profundas modificações no percurso de seu desenvolvimento. Sua estrutura pode ser abalada por diversos motivos, um deles é o nascimento de um RNPT de baixo peso, por provocar transformações extensas em suas normas e rotinas, influenciando em relações externas e internas, assim como na vida cotidiana (DANTAS, 2011).

Os pais que esperam a chegada de um bebê durante a gestação, idealizam uma criança imaginária dos sonhos e fantasias, ou seja, criança perfeita, bonita e saudável. No entanto, são surpreendidos pelo nascimento prematuro do bebê, condição esta que torna o seu filho frágil, sonolento, imprevisível, imaturo e distinto daquele tão sonhado e imaginado no decurso do período gestacional (MEDEIROS; PICCININI, 2015). Esse nascimento, coloca pais e familiares em um mundo muitas vezes preenchido por medos, incertezas, sentimento de culpa, sofrimento e fracasso devido à prematuridade e a situação de fragilidade e risco ao qual seu bebê está exposto (DANTAS, 2011).

Segundo a OMS, o RN é considerado prematuro quando seu nascimento ocorre até a 37ª semana de gestação. O grau de prematuridade é classificado de acordo com o número de semanas em que aconteceu o nascimento, sendo considerado RN moderado, aquele que nasce entre a 32ª e a 36ª semana gestacional, enquanto que entre a 28ª e a 31ª semana é classificado como RN prematuro acentuado, e por fim aquele que nasce com idade gestacional inferior a 28ª é chamado de RN prematuro extremo (ALMEIDA et al., 2013). É importante ressaltar que, quanto menor a idade gestacional do nascimento do RN, maior será a imaturidade do seu sistema funcional, portanto, maior será seu risco de mortalidade (DANTAS, 2011).

De acordo com a idade gestacional e peso, podem ser classificados como: recém-nascido adequado para idade gestacional (RN AIG), o nascido antes de 38 semanas de idade gestacional e com peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino; recém-nascido pequeno para a idade gestacional (RN PIG), também nascido antes de 38 semanas de idade gestacional, porém seu peso ao nascer está abaixo do percentil 10 para a curva de crescimento intra-uterino e recém-nascido grande para a idade gestacional (RN GIG), quando nascidos antes de 38 semanas de idade gestacional e seu peso encontra-se acima do percentil 90 para a curva de crescimento intra-uterino, sendo essa classificação de Colorado para os prematuros (BRASIL, 2009a).

Conforme a OMS, ainda existe a classificação do RN quanto ao peso após o nascimento, sendo considerado um recém-nascido de baixo peso (RNBP) o que nasce com peso inferior a 2.500g, enquanto o que nasce com o peso menor que 1.500g é apontado como recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP) e o recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP) é aquele que ao nascer pesou menos de 1.000g. Esta classificação propicia a quantificação do risco progressivo de morbimortalidade a curto e a longo prazo (AIRES, 2015). Assim, têm-se dado uma atenção especial à idade

gestacional e ao peso no nascimento, pois estes são fatores determinantes do prognóstico do RNPT, pelo papel importante que desempenha na maturidade de vários sistemas do organismo (CUSTÓDIO, 2010).

Dados do MS revelam que aproximadamente 20 milhões de crianças nascem em períodos extemporâneos e com baixo peso. A incidência mundial da prematuridade ocorre em torno de um a cada dez nascimentos. Nessa conjuntura, o Brasil no ano de 2010 estava entre os 10 países com elevado número de parto prematuro, perfazendo cerca de 279 mil nascimentos antes da 37ª semana gestacional ao ano. Ainda nesse mesmo ano, a taxa brasileira de nascimentos prematuros foi igual a da Alemanha (9,2%), porém, inferior a taxa dos Estados Unidos que atingiu cerca de 12% (BRASIL, 2013; MARCH OF DIMES et al., 2012).

As regiões brasileiras Sul (12%) e Sudeste (12,5%), são as que apresentam maiores percentuais de prematuridade se comparados as regiões Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) (UNICEF BRASIL, 2013). Esses dados revelam que a prematuridade não é um problema que afeta apenas as regiões pobres e pouco desenvolvidas, estando associada a uma diversidade de fatores.

O nascimento prematuro de um bebê, ocorre por circunstâncias diversas e imprevisíveis em todos os lugares e diferentes classes sociais. Desse modo, não é fácil identificar e avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo embarçado processo que desencadeia o nascimento prematuro. Nesse prisma, o conhecimento dos fatores de risco, serve de alicerce, direciona e subsidia as ações propostas pelos serviços de saúde, bem como sua forma de execução (RAMOS; CUMAN, 2009).

Um estudo realizado com 51 mulheres em uma maternidade pública na cidade de Teresina, Piauí, em 2014, com abordagem quantitativa que objetivava identificar os fatores de risco determinantes para o nascimento prematuro de neonatos de baixo peso, revelou como principais fatores, mulheres com situação conjugal instável (solteiras, separadas e viúvas), baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), condições econômicas ruins (baixa renda familiar), condições de moradia desfavoráveis, bem como, residência localizadas em regiões que dificultavam o acesso aos serviços de saúde (zona rural), relacionados à baixa qualidade da assistência pré-natal e por fim, parto cirúrgico (SOUSA et al., 2016).

Outros fatores também podem desencadear o trabalho de parto prematuro, como, ruptura prematura das membranas, malformação uterina, gestação gemelar,

idade materna avançada (maior de 40 anos), incompetência istmo-cervical, malformação fetal, doenças hipertensivas durante a gestação (eclampsia e pré-eclâmpsia), aminiorrexe prematura, sofrimento fetal agudo, trombofilias materna, morte e malformação fetal, doenças tireoidianas, cardiopatia, asma, infecção no trato urogenital, trauma, dentre outros (RAMOS; CUMAN, 2009; QUEENAN, 2010)

Considerando todos esses riscos, a prevenção do nascimento prematuro necessita de cuidados constantes que devem ser iniciados ainda durante o ciclo gestacional e período intrapartal. A interrupção precoce da gestação pode gerar sequelas ao RN, que são capazes de ocasionar um desenvolvimento exíguo para o enfrentamento de uma vida autônoma, necessitando de atenções singulares, visto que o RNPT de baixo peso, possui características peculiares que o distingue do nascido na idade gestacional esperada.

Um RNPT de baixo peso se comparado ao que nascem dentro da idade gestacional esperada, possui como principais características: tamanho normalmente inferior, pele fina, brilhante e rosada com veias bem visíveis, por vezes coberta de penugem branca, geralmente esse RN possui pouca gordura subcutânea, pouca quantidade de cabelo, a cabeça é proporcionalmente grande em relação ao tamanho do corpo, orelhas finas e moles, aréolas mamárias costumam ter dimensões reduzidas, músculos fracos e atividade diminuída, ou seja, não são capazes de elevar seus membros inferiores e superiores, o reflexo de sucção e deglutição são limitados ou ausentes, respiração irregular, pregas das mãos e dos pés são menos numerosas e evidentes, nos meninos o escroto é liso e está vazio, enquanto que nas meninas os pequenos lábios são evidentes e os grandes lábios ainda não estão totalmente formados, dentre outras (DANTAS, 2011; DELLAQUA; CARDOSO, 2012).

O número de hospitalização de prematuros é acentuado nas unidades neonatais, tendo em vista que o RNPT de baixo peso, geralmente apresenta imaturidade dos principais sistemas do organismo, bem como, sistema respiratório, circulatório e gastrointestinal. Nessa conjuntura, o RN apresenta dificuldades de adaptação a vida extrauterina, responsável por ocasionar frequentes intercorrências hospitalares durante a internação na UTIN, Unidade de Cuidado Neonatal Convencional (UCINCo) ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), que atrapalham a evolução do bebê e muitas vezes culminam em longos períodos de internação hospitalar (BOTELHO, 2011; ALBUQUERQUE et al., 2015).

Essa hospitalização do filho prematuro é um momento difícil para os pais e demais familiares, tanto que os mesmos definem como um tormento, uma situação de estresse e apreensão, algo a ser esquecido. A situação de instabilidade clínica RNPT de baixo peso, impõe aos pais o desafio de conviver de uma forma mais real com o cenário da possível perda do filho. O impacto dessa experiência é gigantesco, podendo acarretar em problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (PEREIRA et al., 2015).

O RNPT de baixo peso geralmente é separado de seus pais e familiares, uma vez que nessa condição, vai necessitar muitas vezes, de um encaminhamento para UTIN, onde receberão cuidados específicos e especializados. Quando se fala em UTIN, a primeira coisa que vem a cabeça é risco de morte, gravidade, não deixa de ser também o local que se cuida de uma vida frágil que demanda de uma tecnologia avançada. Então, a UTIN passa a ser o lugar em que essas pequenas vidas poderão evoluir clinicamente para atingirem a maturidade mínima e assim retornarem ao convívio dos pais e demais familiares (SCARABEL, 2011).

A internação do RN na UTIN é uma situação ansiogênica para os pais, que se defrontam com um RN muito pequeno, envolto por tubos e equipamentos médicos. Além do mais, durante as visitas na UTIN, os pais podem acabar por presenciar a morte de outros bebês, e passarem a ver alterações no seu próprio filho, como: mudanças de coloração e episódios de apnéia. Assim, percebem que nesse contexto exercem pouco controle sobre as circunstâncias em que seu filho se encontra e as oportunidades de atuarem nos cuidados iniciais e frequentes são escassas. Por vezes, essa situação é a que incrementa a ansiedade dos pais (MEDREIROS; PICCININI, 2015).

Para toda família, o nascimento de uma criança prematura desmorona o alicerce que a sustenta, desencadeando insegurança, por não estarem preparados para adentrar em um mundo desconhecido. O sentimento de vulnerabilidade permeia as situações difíceis que enfrentam, trata-se de um contexto que só eles entendem. Por isso, é imprescindível a união da tecnologia disponível ao cuidado humanizado, pois só assim, o sofrimento e o medo se transformarão em confiança, aumentando um espaço de um futuro, onde pais e filhos vivam uma vida feliz em seus lares.

Nessa conjuntura, os profissionais de enfermagem são essenciais, quando atuam maneira diferencial, facilitando a adaptação dos pais e demais familiares a essa situação, por meio da comunicação efetiva que leve em consideração as individualidades de cada família e seu RNPT de baixo peso, respeitando-se as

questões culturais. Através dessa escuta, o profissional passa a conhecer melhor as necessidades específicas de cada usuário, visto que, uma assistência qualificada não se resume só a criação de novas técnicas, mas a criação de laços afetivos por meio dos relacionamentos humanos. Assim, ganharão confiança e poderão inserir precocemente os pais no cuidado com seu bebê, contribuindo para a redução da ansiedade e do medo gerado pela prematuridade e a hospitalização (LELIS, 2014; PEREIRA et al., 2015).

Ressalta-se que os enfermeiros têm um importante papel no favorecer e no incentivar a vinculação do RNPT à família, por meio do cuidado individualizado, culminando numa cultura de qualidade assistencial associada ao respeito pelos direitos e dignidade do ser humano, visto que por cuidarem de RN em perigo de vida e, conseqüentemente, com internamentos prolongados, criam laços afetivos com eles e sua família (BARBOSA, 2013).

O ambiente hospitalar inicialmente dificulta o processo de adaptação da mãe em decorrência da diversidade de pessoas circulantes na unidade neonatal, acentuando sua inquietude e ansiedade por estar por um tempo prolongado em um ambiente não familiar. Entretanto, a estadia na UCINCA possibilita que as mães se apoiem mutuamente, troquem experiências positivas através de uma relação empática e se acolham na dor e no sofrimento mediante o conforto e a solidariedade. Esta aproximação gera uma cumplicidade, e aquelas pessoas antes desconhecidas passam a ser sua segunda família (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; OLIVEIRA et al., 2015a)

Diante desse contexto, a equipe de enfermagem, têm através de suas atitudes, múltiplas maneiras de auxiliar os pais na solução de seus problemas. Destacando-se, o apoio emocional, embora apoiadas pelos familiares, eles se sentem só durante a internação hospitalar do neonato, e por isso, necessitam serem ouvidos com atenção, precisam obter informações sobre situações desconhecidas e incentivo de alguém que vivencie a mesma experiência. Então, os profissionais de enfermagem devem fornecer um apoio particularizado a cada momento, transmitindo esperança aos pais na forma de prestar assistência ao RN, uma vez que os mesmos precisam sentir confiança em quem cuida de seu filho.

Ainda assim, o longo tempo de internação hospitalar do RNPT de baixo peso gera uma série de dificuldades, destacando-se a saudade de casa, família e amigos. As mães se preocupam com a dinâmica do dia-a-dia, demonstram tristeza ao deixar

outro (s) filho (s) em casa com os familiares e por passarem tanto tempo sem vê-los, outras lamentam deixar o marido, o trabalho e o convívio social. Há um conflito de papéis no cotidiano de mães de prematuros que passam muito tempo hospitalizados, esta situação acaba revelando um sentimento de impotência diante de uma variedade de funções, tornando-as muitas vezes, pressionadas e sobrecarregadas, com muita demanda, pouco lazer e pouco descanso (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; OLIVEIRA et al., 2015a).

Para minimizar o impacto da estranheza causado pelo ambiente hospitalar, o profissional de enfermagem deverá assumir uma postura de cuidador e acolhedor, promovendo cuidados numa perspectiva transcultural. Muitas vezes a internação nas unidades neonatais é permeada por uma grande variedade de recursos tecnológicos que são pouco conhecidos pelos pais, e para manter a qualidade da assistência a equipe de enfermagem utiliza trabalhos de educação em saúde. Educar gera uma assistência humanizada e pedagógica, indispensável para os pais e demais familiares, visto que serão instruídos a compreenderem todo o processo desde o nascimento até o cuidado após a alta (SOUZA et al., 2014).

2.3 O Método Canguru como atenção humanizada

Em 1979, os médicos neonatologistas Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez implantaram de forma pioneira o Método Canguru (MC) no Instituto Materno-Infantil de Bogotá (Colômbia), em decorrência da falta de infra-estrutura para o atendimento dos neonatos pré-termos e seus elevados índices de mortalidade, que na maioria das vezes ia à óbito por infecção hospitalar. O objetivo geral da criação desse método consistia na prevenção de agravos, promoção à saúde, redução da mortalidade infantil, bem como, a diminuição de gastos dos serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2014a).

A proposta inicial tinha como principal propósito reduzir os custos da assistência perinatal e sanar o problema da pouca disponibilidade de equipamentos neonatais, uma vez que, colocavam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. Este fato gerava frequentemente infecções cruzadas, responsáveis pelo elevado número de mortes de bebês. A razão da implantação desse método acarretou muitas críticas dos países em desenvolvimento, por ser um modelo contraditório ao

atendimento teocrático em vigor, sendo durante muitos anos adotado como medida apenas pelos países de terceiro mundo (AIRES, 2015).

Entretanto, no Brasil, têm-se desenvolvido um conjunto de ações que buscam aumentar não só o padrão do atendimento técnico destinado a nossa sociedade, mas também, um modelo que preconiza uma abordagem por parte dos profissionais de saúde, embasada na integralidade da assistência obstétrica e neonatal. Assim, o MS tem tido como foco prioritário o atendimento perinatal, visto que nesse meio reside um grande desafio, que é a redução da mortalidade infantil. Desse modo, no cenário brasileiro, o MC surgiu com uma proposta diferente da inicial, objetivando essencialmente a melhoria, a humanização, a qualificação do atendimento neonatal e o favorecimento do vínculo familiar (BRASIL, 2013; AIRES, 2015).

O MC foi incorporado às políticas de saúde no campo perinatal a partir da década de 90. Inicialmente chamado de “Método Mãe Canguru”, entretanto, por entender que não é apenas a mãe quem carrega o bebê junto ao peito, dado que essa prática pode ser realizada também pelo pai, e demais familiares, a nomenclatura foi modificada para a que conhecemos hoje (COSTA et al., 2010; ROCHA; DANTAS; LINO, 2015).

O Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, foi o primeiro a realizar o MC no ano de 1991, lugar que inicialmente utilizou o espaço e a equipe de alojamento conjunto, até que se dispusesse de instalações próprias e equipe multidisciplinar. Logo em seguida, por volta de 1993, implementou-se o MC em Recife, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, e até os dias atuais vem sendo utilizado em vários serviços de saúde de todo o país (MAIA et al., 2011).

Destarte, com o intuito de humanizar o atendimento ao RN hospitalizado no Brasil, surgiu a política da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, pautada em normas, protocolos e um extenso processo de capacitação dirigido pelo MS. Essa política, foi regulamentada e publicada pelo MS através da Portaria N° 693, de 5 de julho de 2.000, atualizada pela Portaria N° 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2013).

Essa política tinha como finalidade a redução dos custos da assistência de perinatal, promoção do vínculo, aumento estabilidade térmica e melhor desenvolvimento do RN, ou seja, garantir a melhoria dos cuidados prestados a essa clientela. É relevante salientar que, as ações da política da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, deverão ser iniciadas ainda no

pré-natal, através da identificação de gestantes de risco para esse acontecimento, cabendo aos profissionais de saúde fornecerem informações e orientações sobre as possibilidades, bem como, orientações a futura mãe e seus familiares (BRASIL, 2013; SOUZA et al., 2014).

O MC é um modelo de assistência direcionado ao RNPT de baixo peso, visando o cuidado humanizado, ou seja, suas iniciativas se voltam para um cuidado em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento do RN e sua família, respeitando-os de maneira ética de acordo com suas individualidades, contexto social e econômico, com ênfase em intervenções biopsicossociais que facilitem o vínculo mãe-bebê durante o período de internação hospitalar (ROCHA; DANTAS; LINO, 2015). Esse método também preconiza outro paradigma, o da não separação do RN de seus pais, assim os mesmos se tornam parceiros dos profissionais de saúde no cuidado como bebê, amenizando a crise do nascimento prematuro e da internação hospitalar (SPEHAR; SEIDL, 2013).

O MC permite um contato pele a pele, que se inicia com um toque, evoluindo para uma sustentação que envolve o RNPT de baixo peso na posição vertical junto ao peito dos pais ou demais familiares. Dessa forma, o bebê mantém-se aquecido com o calor do corpo humano, por livre escolha da família, sem delimitação de tempo de permanência na posição, desde que seja aprazível e satisfatório para ambos envolvidos no processo (BRASIL, 2013; SOUTO et al., 2014). É importante ressaltar que, o MC só deverá ser realizado quando orientado pelos membros de uma equipe multiprofissional devidamente treinada, que passam a ser responsáveis por acompanhar e dar suporte emocional aos pais ou demais familiares durante todo o percurso da implantação do método (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde prestam uma assistência única aos recém-nascidos submetidos ao MC, preocupam-se em reduzir o uso de intervenções farmacológicas através da introdução dos pais e demais familiares no cuidado com o bebê, assegurando que seja estabelecido um vínculo entre eles, constituindo uma estratégia fundamental para o desenvolvimento biopsicossocial do RNPT de baixo peso. Ainda empenham-se em cuidar do ambiente, buscando a redução de ruídos e luminosidade (AIRES, 2015).

A norma brasileira divide o MC em três etapas. A primeira etapa inicia-se com o nascimento prematuro do bebê e sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

(UCINCo). Nesse momento, o RNPT prematuro de baixo peso é separado abruptamente de seus pais, provocando quebra de vínculo afetivo. É fundamental, que durante a visita dos pais ao RN na UTIN ou UCINCo, a equipe de enfermagem forneça todas as informações sobre as condições de saúde do RN, esclareça dúvidas, procedimentos hospitalares realizados diariamente, além de orientações iniciais a respeito da importância da amamentação e dos cuidados com o bebê prematuro. Ainda é dever dos profissionais de enfermagem nesta etapa, estimular o contato tátil sempre que possível entre os pais e o RN, afim de restabelecer o vínculo físico e afetivo inicialmente quebrado com a separação (SOUTO et al., 2014; SOUZA et al., 2014).

Essa etapa é uma das mais críticas, uma vez que é permeada pela incerteza do futuro e a insegurança. Os recém-nascidos pré-termos de baixo peso, em sua maioria, estão clinicamente graves e instáveis, por isso, necessitam de monitorização e do uso de aparelhos para o estabelecimento de seu equilíbrio fisiológico. Essa situação altera o estado emocional dos pais, ocasionando estresse, ansiedade e medo, criando um obstáculo na aproximação dos mesmos aos bebês. Cabe, portanto, a equipe de enfermagem nesse contexto, oportunizar a aproximação, por meio da construção da confiança que advêm da escuta e do acolhimento. Com isso, os pais passam a compreender as circunstâncias que o RNPT de baixo peso vivencia, de modo que alcançam o entendimento de que eles precisam de cuidados, amor e dedicação para superação dessa fase.

A segunda etapa tem início quando o quadro clínico do bebê é estabilizado, ou seja, quando suas funções são restabelecidas e o ganho de peso é ascendente, consequentemente o RN é transferido da UTIN ou UCINCo para Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Então, a posição canguru (bebê envolto ao corpo dos pais ou demais familiares) poderá ser iniciada, desde que os pais, a família e a equipe de multiprofissional envolvida se sintam preparados e seguros. Nesta fase, os profissionais de enfermagem devem capacitar os pais a identificarem as possíveis complicações que podem ocorrer com o RN, tais como, mudança na coloração da pele e parada respiratória (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2013).

A internação do RN na UCINCa é uma etapa crucial para o sucesso da continuidade do cuidado com o bebê após a alta hospitalar, por se tratar do período em que os pais estarão diariamente com seus filhos se responsabilizando parcialmente pelos cuidados requeridos, correspondendo também a um momento

oportuno de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas. Essa etapa pode ser considerada um estágio para alta hospitalar, tendo a equipe de enfermagem como missão, capacitar os pais para o cuidado, bem como, reforçar sua confiança e satisfação com o bebê.

Por fim, a terceira etapa acontece no momento em que o RN submetido ao MC recebe alta do hospital para o domicílio, para isso, o bebê necessitará de alguns critérios específicos, como, peso mínimo de 1.500 g, apresentando nos últimos três dias que antecedem a alta, ganho de peso adequado, pega e sucção exclusiva ao seio materno (nos casos em que a mãe pode amamentar) e possuir condições de recorrer ao atendimento ambulatorial enquanto estiver no domicílio, que só será encerrada, no momento em que o peso do bebê atingir 2.500 g. Ademais, os pais e devem ter como compromisso e motivação a continuidade da realização do método durante as 24 horas do dia em que estiverem no domicílio (PONTES et al., 2012).

Nessa última etapa, o acompanhamento ambulatorial do bebê consistirá basicamente em exame físico a cada consulta, com verificação de ganho de peso, perímetro cefálico e comprimento para avaliação do andamento do desenvolvimento da criança. Vale destacar que, na terceira etapa do MC é crucial que os pais e familiares estejam capacitados para prestarem a assistência que o bebê pré-termo irá requerer no domicílio, uma vez que durante todo o período de internação, que teve início logo após a admissão do RNPT de baixo peso na UTIN ou UCINCo, estendendo-se até a alta hospitalar, tenham sido estabelecidas possibilidades de desenvolvimento de habilidades e conhecimentos suficientes para realização dos cuidados a essas crianças (COUTO; PRAÇA, 2012; BRASIL, 2013).

Se comparado o MC ao método tradicional (incubadora) é possível identificar inúmeras vantagens, tais como, aumento do vínculo mãe e filho em decorrência do menor tempo de separação entre os dois, melhor qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RNPT de baixo peso, favorecimento da exposição prolongada do bebê a estímulos sensoriais que contribuem para a prática do aleitamento materno, oferecendo à mãe, uma maior autonomia e segurança na realização dos cuidados diários com a criança (SOUTO et al., 2014).

O MC valoriza o processo de aleitamento materno, promovendo ganhos físicos e psíquicos. No que se refere aos ganhos físicos, nas condições de prematuridade, o leite humano por conter elementos (anticorpos e glóbulos brancos) que os outros leites não conseguem incorporar e por possuírem um valor nutricional superior aos demais,

torna-se um potente aliado na restauração da saúde do RNPT de baixo peso, funcionando como fonte de alimento e atuando na prevenção contra doenças. Já no que se refere aos ganhos psíquicos, a amamentação é primordial para a formação do vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho, influenciando o desenvolvimento físico e psicológico, como consequência proporciona a estimulação afetiva e cognitiva fundamental para a criança (SOUTO et al., 2014).

Além do aleitamento materno, o MC têm mostrado outros benefícios ao RNPT de baixo peso: crescimento adequado; controle térmico efetivo; bom controle da frequência respiratória e oxigenação, padrão adequado de glicemia; padrão de sono adequado; maior integração familiar com os profissionais de saúde; melhor padrão de desenvolvimento motor e cognitivo; redução do risco de infecção hospitalar; redução de enfermidades graves; redução de infecção do trato respiratório inferior; menor tempo de internação hospitalar; dentre outros. Todas essas condições citadas são relevantes para o bom prognóstico desse RN de risco, assim como, contribuem efetivamente para a redução da morbidade e mortalidade infantil entre os recém-nascidos pré-termos de baixo peso (SERRANO, 2012).

É importante ressaltar que, o MC não existe e não funciona sem a participação dos cuidadores, em geral os pais e demais familiares, uma vez que somente eles serão capazes de fornecer uma assistência humanizada e perfeita na sua totalidade, por realizarem o cuidado em tempo integral com amor e não apenas com técnica (MAIA et al., 2011).

Destaca-se que enfermagem, com a prática do MC, passa a ter um papel fundamental no que concerne à assistência do RN e ao cuidar da díade RN/família. Para a equipe não importa apenas cuidar dos aspectos biológicos mas, sobretudo envolver as necessidades emocionais, proporcionando uma melhor adaptação à vida extra-uterina (BARBOSA, 2013).

De acordo com o MS, na busca da qualidade do cuidado, a equipe de enfermagem pode contribuir na formação dos laços afetivos entre mãe-RN, por meio de algumas ações que contemplem a facilidade do contato inicial entre pais e o RNPT de baixo peso; a visita à mãe precocemente procurando acompanhar o seu 1º encontro com o RN; não dificultar a entrada dos pais na UTIN e/ou no espaço de realização da 2ª etapa do MC (UCINCa); tornar o ambiente acolhedor para pais, bem como para o bebê, ajudar os pais a não se sentirem diminuídos e envergonhados diante do RNPT de baixo peso, ao mostrar-lhes as características físicas e suas

respostas aos estímulos; permitir que os pais participem dos cuidados prestados, escutando atentamente o que eles têm a dizer e iniciar a posição canguru assim que possível (BRASIL, 2011c).

No cenário em que ocorre a implantação do MC, os profissionais de enfermagem são fundamentais no emponderamento dos pais e familiares, no que tange a aquisição de conhecimentos e habilidades, para que os mesmos ofereçam cuidados personalizados e em tempo integral aos seus recém-nascidos pré-termos de baixo peso (MAIA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, baseado no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). A pesquisa qualitativa dá respostas muito específicas, trabalhando com uma variedade de significados que incluem os motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. A união de todos esses fenômenos humanos é compreendida como uma porção da realidade social, visto que, o ser humano não é diferenciado só pelo agir, e sim sobre o pensar suas ações interpretando-as com base na realidade vivida, compartilhando-as com seus semelhantes (MINAYO, 2012).

O presente estudo teve como alicerce os pressupostos que de acordo com Trentini e Paim (2004) embasam a PCA. A prática assistencial acarretou inovação, alternativas que minimizaram os problemas rotineiros, assim, foi possível a introdução de novas abordagens. Essa conjuntura foi repleta de questionamentos, constituindo um campo fértil para o estudo e as investigações. As práticas em saúde e a exploração científica foram potencializadas pela vinculação da pesquisa a assistência prestada.

Na PCA foi necessária a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, que resultou na coleta de informações suficientes para a resolução/ minimização de problemas encontrados na prática e/ ou realização de mudanças/ introdução de inovações nas práticas de saúde, ou seja, a PCA foi percebida e realizada através da articulação de ações que englobaram as pesquisadoras e as participantes do estudo. Essa articulação constituiu uma das principais características da PCA, que ocorreu principalmente durante a coleta de dados, quando tanto as pesquisadoras quanto as profissionais de enfermagem se envolveram na assistência e no estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Segundo Trentini e Paim (2004), a PCA mantém durante todo o seu processo uma estreita relação entre a prática profissional e o conhecimento teórico, de modo que possibilita uma reflexão acerca da prática-assistencial através de fenômenos vivenciados no seu contexto, possibilitando a inclusão de construções conceituais inovadoras. Portanto, esperou-se desse método a construção de novos conhecimentos que contribuíram para resolução ou minimização dos problemas encontrados durante a pesquisa, ou seja, um produto bem materializado que no presente estudo foi a

elaboração do folder explicativo para nortear os pais e familiares na continuidade do cuidado aos recém-nascidos no domicílio, após a alta hospitalar do Método Canguru implementado na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) - Teresina-PI, que objetivou a renovação de novas práticas assistenciais no campo estudado. .

Assim, a PCA e seus pressupostos favorecem o contexto assistencial, bem como, beneficiou-se do conhecimento adquirido nesse cenário, onde a pesquisadora foi instintivamente uma observadora de situações práticas que ocorreram na rotina assistencial, durante o mês de março 2016, o que lhe propiciou um olhar perscrutador no desenvolvimento da sua pesquisa.

Ainda segundo Trentini e Paim (2004), a PCA possui cinco fases estruturadas metodologicamente e inter-relacionadas, são elas: a fase de concepção, que é caracterizada pela introdução, a justificativa do tema, a formulação do problema de pesquisa, o objetivo e o referencial teórico, contidos presente estudo. Na fase de instrumentação, a pesquisadora decidiu o caminho metodológico adotado para a pesquisa, bem como, a escolha do espaço físico, dos participantes e dos métodos e técnicas de coleta de dados. Na fase de perscrutação foram apresentadas as estratégias utilizadas para a obtenção e sistematização das informações. Por fim, a fase de análise e interpretação em que a pesquisadora refletiu acerca da pesquisa.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), localizada na região sul da cidade de Teresina-PI. Trata-se da maior maternidade do estado, com capacidade de 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais. A maternidade referida é referência na rede estadual à assistência a gestante de alto risco, bem como, no desenvolvimento do MC, sendo responsável por 63% dos nascimentos ocorridos em Teresina, com uma média 1200 internações por mês das quais 900 são partos (SESAPI, 2015).

O MC na MDER foi implantado há 11 anos. Dispõe de 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 17 leitos Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 17 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) que são distribuídos em duas enfermarias da Ala D, destinados ao atendimento de bebês pré-termo, fornecendo um acompanhamento contínuo a estes e suas mães, desde o seu nascimento (SESAPI, 2015).

Ressalta-se ainda que a MDER aderiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, objetivando a mobilização de funcionários dos serviços de saúde para que mudassem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (UNICEF, 2014).

Cada unidade de cuidados aos recém-nascidos desfruta de uma equipe multiprofissional distribuída em todos os turnos. Essa equipe é composta por neonatologista, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos. Na unidade de alojamento conjunto, geralmente os profissionais de enfermagem estão envolvidos em várias atividades (burocráticas, assistenciais e educativas), em que os enfermeiros estão mais engajados em atividades administrativas, como organização do funcionamento da unidade de serviço e práticas assistenciais em saúde ao binômio mãe/ bebê.

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram do estudo dezessete profissionais de enfermagem que atuavam na assistência da UCINCa – Ala D (MDER) de uma população de vinte e quatro. Dos dezessete, sete eram enfermeiras e dez técnicas de enfermagem. Ressalta-se que as participantes foram identificadas pela palavra Depoente seguida de uma numeração ordinal, referente à ordem de realização das entrevistas, visando a manutenção do anonimato.

Essas profissionais de enfermagem incluídas no estudo, apresentaram pelo menos seis meses de atuação na UCINCa – situada na Ala D, tempo suficiente para o desenvolvimento de conhecimentos práticos e teóricos fundamentais para contribuir com as mães no que tange a cuidados diários aos RNPT de baixo peso. Foram excluídos, os profissionais que estavam de licença e/ ou de férias do serviço no período da coleta de dados.

Trentine e Paim (2004) afirmam que na PCA não há critérios rígidos no que se refere a seleção dos participantes, demonstrando que nesse tipo de pesquisa não é valorizado o princípio da generalização e sim a representatividade das informações quanto à profundidade e à diversidade. Portanto, o fechamento total de participantes

ocorreu por saturação das respostas, afim de garantir uma adequação das informações.

De acordo com Fontanella, Ricas, Turato (2008), o fechamento por saturação é definido como a cessação de inclusão de novos participantes, assim que os dados passam a apresentar na avaliação da pesquisadora, uma repetição, não sendo mais necessária a coleta de dados, uma vez que as informações que seriam fornecidas com a inclusão de novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido.

As profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Todas as profissionais foram informadas acerca dos objetivos e etapas para o desenvolvimento da pesquisa, assim como houve a exposição do direito de desistência em qualquer uma dessas etapas.

3.4 Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados

Na PCA não existem técnicas específicas de coleta e análise de dados de informações, são aceitas uma variedade de métodos, desde que atendam seus principais critérios: propósito de resolução ou minimização de problemas, ter natureza prática ou teórica, gerar inovações no campo da prática e ser desenvolvida juntamente com o trabalho da pesquisadora. As participantes se envolverem na pesquisa e reconheceram dados obtidos no processo da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi realizado em dois momentos: primeiro a aplicação da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e posteriormente a formação de grupos focais, onde a discussão ocorreu por meio de um roteiro (APÊNDICE B).

3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2013), a técnica de entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, fornecendo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o assunto em questão, sem prender-se às indagações formuladas.

As entrevistas semiestruturadas, ocorreram nos meses de abril a julho de 2016. As participantes foram convidadas a participarem da pesquisa individualmente, sendo a elas explicado os objetivos, etapas e métodos utilizados na pesquisa, sempre enfatizando a importância de sua contribuição. As entrevistas foram previamente agendadas e mediante o aceite da participação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a assinatura do documento.

As entrevistas ocorreram na sala de prescrição médica, ao lado do posto de enfermagem localizado na UCINCa (Ala D), que por ser um local privativo, garantiu a expressão de todas as informações necessárias. Teve como recurso adicional o gravador de um telefone celular, que registrou na íntegra as interlocuções com as participantes, que tiveram em média 15 minutos de duração. Posteriormente foram transcritas por meio de digitação no programa *Word for Windows* e organizadas para uma posterior análise.

As entrevistas semiestruturadas objetivaram a coleta de informações de cada profissional de enfermagem sobre como e quais as ações eram desempenhadas para viabilizar a alta do RN submetido ao MC, através de questionamentos que visaram a caracterização das participantes, bem como, tipo de formação, tempo de atuação na UCINCa (Ala D), se possuía algum treinamento específico para atuarem no setor. Além de perguntas que permitiram a obtenção de informações referentes a temática estudada: Que estratégias utiliza para viabilizar a alta do recém-nascido? Como percebe o envolvimento dos pais e demais familiares para concretização da alta? Fale sobre isso. O que espera que os pais tenham aprendido como competências e habilidades para cuidar do recém-nascido em casa? Fale sobre sua atenção para viabilizar isso.

A partir da terceira pergunta da entrevista, foi elaborado o roteiro (APÊNDICE B) aplicado nos grupos focais, para a construção do folder explicativo direcionado os pais e demais familiares dos recém-nascidos submetidos ao MC, a fim nortear os cuidados no domicílio.

3.4.2 Grupos focais

O grupo focal é uma dentre as várias modalidades de entrevistas disponíveis por meio de grupos. Nesse caso a coleta de informações ocorreu diretamente através da

fala das pessoas que constituíram o grupo, relatando suas experiências e percepções em torno do tema que foi abordado. A formação de grupos focais teve como propósito a interação entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa no processo da coleta de dados, onde a discussão partiu de tópicos específicos e diretos (APÊNDICE B). Tal instrumento possibilitou que a pesquisadora ouvisse vários sujeitos ao mesmo tempo, observando as interações características do grupo. Ao final, foi possível a obtenção de uma variedade de informações, sentimentos e experiências compartilhadas pelas participantes da pesquisa (SILVA; ASSIS, 2010).

A finalidade do grupo focal nesta pesquisa consistiu em socializar as informações acerca das competências e habilidades fundamentais para a continuidade do cuidado do RN no domicílio, com o propósito da elaboração de um folder explicativo para o direcionamento dos pais e demais familiares, no que tange a prática do cuidado requerido pelo RN, para que o mesmo ocorra de forma segura em seu lar, local distante do olhar da equipe de saúde multiprofissional, em especial os profissionais de enfermagem.

Os grupos focais foram previamente agendados de acordo com a disponibilidade do profissional de enfermagem bem como, sua escala de plantão. Cabe salientar que essa etapa da coleta de dados exigiu esforço da pesquisadora em decorrência da maioria das participantes trabalharem em outros locais, havendo, portanto, uma disponibilidade restrita, que tornou laborioso a reunião dos grupos. Apesar da limitação, foram realizados 4 grupos focais constituídos por quinze profissionais de enfermagem que participaram da entrevista semiestruturada, sendo distribuídos em grupo de 4, 5, 3 e 3 respectivamente.

Durante o grupo focal as participantes receberam explicações acerca do funcionamento da dinâmica. A pesquisadora explicitou a importância de todas as informações, deixando claro que não existia opiniões certas ou erradas, dado que se tratou de uma discussão aberta em torno de um tema, por conseguinte foi livre qualquer tipo de contribuição e reflexão. Cada grupo teve em média 1 hora de duração, guiado pelo roteiro (APÊNDICE B). Do mesmo modo que na entrevista, todas as discussões foram gravadas, no entanto não houve necessidade de transcrição. Após cada discussão, a pesquisadora escutou a gravação, com o propósito de analisar a necessidade da introdução de novos temas a serem debatidos no grupo subsequente.

A discussão transcorreu acerca dos tópicos do roteiro que abordava sobre a posição canguru e sua importância na regulação da temperatura do RN pré-termo, no

vínculo com os pais e demais familiares, assim como foram expostas e debatidas questões como o aleitamento materno com as vertentes exclusividade até o sexto mês do bebê, a necessidade da introdução de outros alimentos e uso de mamadeira e chupeta. Encerrando o primeiro grupo, as informações novas dos tópicos abordados foram adicionadas ao roteiro. O segundo grupo ocorreu no turno da noite, a pesquisadora apresentou o roteiro as participantes já com os acréscimos do grupo anterior. Discutiu-se os temas abordados anteriormente e assuntos referentes a higiene e sinais de alerta.

O encontro com o terceiro grupo, ocorreu no turno da tarde. Nessa reunião houve debate de todos os temas antecedentes, acrescido do último tópico do roteiro que tratava do acompanhamento do RN após a alta hospitalar do MC, no que se refere a consultas, exames e vacinas. Por fim, o quarto grupo, ocorreu no turno da noite abordando todos os temas anteriores, expondo todas as questões que haviam sido discutidas anteriormente para que as participantes visualizassem questões importantes que ainda não haviam sido introduzidas, assim o folder foi finalizado.

Visando melhor contextualização de todo o processo que constituiu os grupos focais, para elaboração de folder direcionado aos pais e demais familiares, objetivando a garantia do cuidado domiciliar após a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao MC é apresentado a seguir um diagrama representativo dos grupos desenvolvidos.

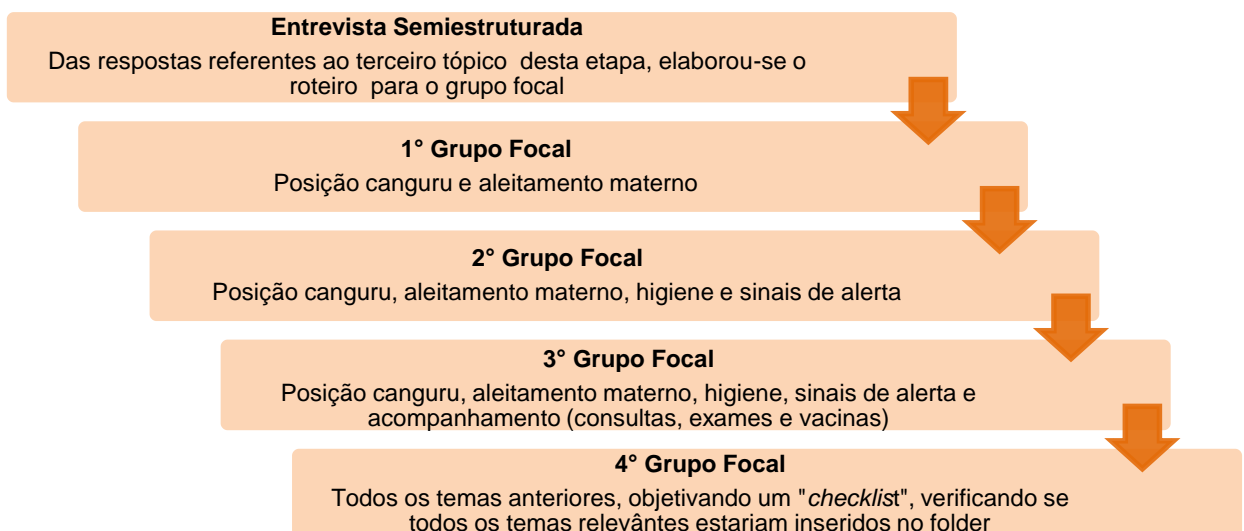


Figura 1 – Diagrama representativo dos grupos focais e seus temas discutidos em Teresina-PI – outubro e novembro de 2016.

Após a finalização das atividades apresentadas na Figura 1, partiu-se para a elaboração do folder explicativo direcionado aos pais e familiares objetivando a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos no domicílio, após a alta hospitalar do Método Canguru, que se encontra presente nos resultados e discussão.

3.5 Análise de dados

A análise de dados contemplou quatro processos como recomendado por Trentini e Paim (2004) na PCA:

- Processo de apreensão, que teve início com a coleta de dados através dos relatos dos participantes da pesquisa.
- Processo de síntese, momento em que foi realizada uma parte da análise que examinou de forma subjetiva as associações e variações das informações obtidas na coleta de dados.
- Processo de teorização, fase em que a pesquisadora desenvolveu um esquema teórico, de acordo com as relações identificadas no processo de síntese. Os temas escolhidos foram descritos detalhadamente.
- Processo de transferência dos resultados, que se constituiu em dar significados aos achados/ descobertas contextualizando-os em situações semelhantes.

É importante ressaltar que o processo de apreensão, no qual ocorreu a coleta de informações provenientes das entrevistas, deu subsídios para organização das informações através de sínteses, teorizações e transferências, que se articulou consistentemente com o referencial teórico objetivando a contextualização dos dados coletados (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para uma melhor análise, as descobertas foram organizadas por meio da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) trata-se de um conjunto de técnicas que analisam a comunicação entre os grupos. Não é considerado um instrumento específico, mas um leque de utensílios que se adaptam a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Então a análise de conteúdo objetiva a reunião de técnicas que analisem as comunicações através de métodos bem sistematizados e objetivos que descrevam as mensagens. A análise de conteúdo foi utilizada nesta pesquisa em virtude de ser a melhor técnica no que tange a investigação qualitativa de temáticas relacionadas à saúde.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e aprovado em 1º de março de 2016, demonstrado por meio de Parecer nº 1.431.180 (ANEXO B), respeitando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Contou também com a autorização da MDER (ANEXO C).

A participação de todos foi voluntária e implicou na assinatura do TCLE (ANEXO A), que esclareceu os objetivos da pesquisa bem como, garantiu a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e não estigmatização, informando que a utilização das informações não traria prejuízo aos profissionais de enfermagem envolvidos na pesquisa.

Foram adotados durante o desenvolvimento desta pesquisa os seguintes aspectos éticos:

- Os objetivos do estudo bem como o seu desenvolvimento foram apresentados a todas as participantes da pesquisa;
- A coleta de dados só teve início após a aprovação do projeto no CEP da UFPI, bem como, a assinatura do TCLE (ANEXO A) pelas participantes;
- Foi respeitado o direito das participantes em envolver-se ou não na pesquisa, assim como a sua desistência em qualquer uma das etapas;
- Foram garantidos o anonimato e a preservação dos valores éticos e morais das participantes. Para a manutenção do anonimato das participantes, as falas transcritas foram introduzidas e identificadas no texto de acordo com a ordem da entrevista: Depoente 01, 02, 03 e assim sucessivamente;
- A entrevistadora se colocou a disposição para questionamentos, esclarecimento de dúvidas, críticas e sugestões;
- Os dados coletados serão utilidade exclusiva para esta pesquisa e as publicações que dela resultarem, sendo mantido o sigilo das informações já que os dados obtidos estarão resguardados e arquivados por 5 anos (ANEXO D);

A presente pesquisa acarretou riscos mínimos as suas participantes, apenas o constrangimento e o receio de que as informações fornecidas se tornem públicas. Entretanto, a pesquisadora através de seu compromisso ético, firmado com a garantia da confidencialidade procurou minimizar os riscos existentes. A pesquisa também implicou em benefícios, porquanto, as participantes puderam explanar acerca de como visualizam a alta do RN submetido ao MC, contribuindo para a melhoria da assistência, uma vez que, possibilitou a discussão da temática e participação ativa das profissionais de enfermagem na pesquisa.

Ao término da pesquisa, uma cópia do estudo será destinada à MDER, com a finalidade de demonstrar os resultados encontrados e com vistas à melhoria da assistência prestada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, será apresentada uma caracterização das participantes do estudo. Posteriormente serão descritas as categorias originadas por meio do depoimento das profissionais de enfermagem, construídas através das temáticas que obtiveram maior representatividade, aprofundando-se na subjetividade dos discursos.

Logo, a partir dos discursos das participantes e através da análise cuidadosa dos conteúdos expressados pelas profissionais de enfermeiras foi possível elaborar as seguintes categorias: “A posição canguru como parte das ações benéficas para a alta hospitalar”; “O aleitamento materno como vínculo afetivo e nutricional”; “A higiene corporal e íntima do recém-nascido no Método Canguru”; “Orientações específicas sobre fototerapia pela enfermagem”; “Alterações respiratórias como sinal de alerta”; “Realização de prescrições médicas e de enfermagem”. E por fim, o folder direcionado aos pais e demais familiares dos recém-nascidos submetidos ao MC, a fim de nortear os cuidados no domicílio.

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Quadro 1 – Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo, Teresina/PI-2016

Depoente	Sexo	Formação	Tempo de atuação UCINCa – Ala D (anos)	Treinamento específico para atuar no setor
01	F	Enfermeira	1	Não
02	F	Téc. Enfermagem	4	Sim
03	F	Enfermeira	3	Sim
04	F	Enfermeira	2	Não
05	F	Téc. Enfermagem	7	Não
06	F	Enfermeira	2	Não
07	F	Téc. Enfermagem	3	Sim
08	F	Téc. Enfermagem	3	Não
09	F	Enfermeira	3	Não
10	F	Téc. Enfermagem	2	Não
11	F	Enfermeira	2	Sim
12	F	Téc. Enfermagem	1	Não
13	F	Téc. Enfermagem	17	Não
14	F	Téc. Enfermagem	8	Não
15	F	Téc. Enfermagem	11	Não
16	F	Téc. Enfermagem	< 1	Não
17	F	Enfermeira	1	Não

Fonte Direta - MDER, Teresina-PI, 2016. *Legenda F – Feminino.

Participaram deste estudo dezessete profissionais de enfermagem da Maternidade Dona Evangelina Rosa – Teresina-PI, por meio de entrevista semiestruturada, que se iniciou com questionamentos quanto ao sexo, formação, tempo de trabalho na UCINCa (Ala D) e se receberam treinamento específico para atuarem no setor. Assim, pretendia-se conhecer melhor as participantes do estudo no contexto ao qual estavam inseridas (Quadro 1).

Um estudo realizado em 2013, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), realizou o mais amplo levantamento sobre uma categoria profissional na América Latina: Perfil da Enfermagem no Brasil, que ocorreu em 50% dos municípios brasileiros e todos os 27 Estados da Federação, incluindo desde profissionais do início de carreira (auxiliares e técnicos, que começaram a trabalhar com 18 anos; e enfermeiros com 22 anos) até aposentados (pessoas de até 80 anos). Essa pesquisa revelou que a equipe de enfermagem ainda é predominantemente feminina (84,6%), no entanto, registra-se a presença de 15% de homens, firmando uma tendência à masculinização da categoria, uma vez que vem sendo crescente o aumento desse contingente na composição (FIOCRUZ; COFEN, 2013). Na presente pesquisa houve totalidade do sexo feminino entre os sujeitos pesquisados

De acordo com esse mesmo estudo, a enfermagem hoje no país é composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros (FIOCRUZ; COFEN, 2013), podendo justificar a maior quantidade de técnicos de enfermagem na composição da força de trabalho nessa pesquisa. Segundo Silva, Araújo e Teixeira (2014) esse cenário é esperado, visto que, caracteriza a divisão técnica do trabalho que ocorre dentro da equipe de enfermagem, a qual opera de maneira vertical, com base na distribuição de tarefas entre o pessoal de distintos níveis de qualificação, onde, os momentos de concepção e gerenciamento, ou seja, competências mais abrangentes e complexas são responsabilidade do enfermeiro, enquanto que, os técnicos de enfermagem executam ações planejadas e lideradas pelo enfermeiro, portanto, eles apresentam-se em maiores percentuais.

No presente estudo, pode-se perceber que o tempo de atuação das profissionais de enfermagem na UCINCa (Ala D) da MDER, concentrou-se predominantemente entre dois a quatro anos. Esse fato, demonstra que as participantes pesquisadas, em sua maioria, são experientes e vivenciaram muitas

situações práticas em seu cotidiano de trabalho, o que facilita o entrosamento da equipe, bem como, a realização de suas atividades diárias.

Em relação ao treinamento teórico e prático sobre o MC, a maioria (13) das profissionais pesquisadas, revelaram não terem recebido treinamento específico para atuarem no setor. Um estudo realizado com o objetivo de explorar a adesão da enfermagem ao MC, como fenômeno relacionado aos significados produzidos por suas atividades interativas no cuidado, todos os participantes receberam treinamento sobre a temática, visto que, para disseminação, implantação e fortalecimento desse método, é preciso que a equipe de enfermagem conheça as competências essenciais, pois são elas, as responsáveis pelo alcance de metas e resultados (SILVA et al., 2015a).

Diante desse enquadramento, evidencia-se a necessidade do treinamento específico das profissionais de enfermagem acerca da temática que irá fazer parte de sua rotina, a fim de torná-las mais eficientes no que tange a realização de suas atividades, sejam gerenciais, assistenciais ou educativas, visto que o conhecimento engrandece e, conseqüentemente configura práticas de cuidados mais seguras.

4.2 A posição canguru como parte das ações benéficas para a alta hospitalar

A posição canguru que consiste em manter o RNPT de baixo peso na posição vertical junto ao peito de seu acompanhante, constitui uma prática recomendada por ser de baixo custo e por trazer inúmeros benefícios ao bebê, pais e demais familiares. Por essa razão, as profissionais de enfermagem encorajaram esse método em seu cotidiano de trabalho, como pode ser visto nas falas a seguir:

Explica tipo o canguru, aqui a gente fala, o canguru ela tem que botar por causa do contato pele a pele mais íntimo, o bebê vai ganhar peso, a temperatura fica todo o tempo legal. (Depoente 02)

A gente sempre orienta que ela coloque sempre que possível eles, na posição canguru por conta da temperatura. (Depoente 08)

A gente orienta sempre logo que tirar do seio, colocar o bebê na posição canguru até porque ele aquece melhor, vai evitar muitas coisas com ele, por exemplo, vai ficar aquecido, não vai ter hipotermia [...] (Depoente 13)

É usual que as perdas de temperatura sejam maiores que a produção em recém-nascidos, especialmente prematuros, por apresentarem uma área corporal proporcionalmente maior se comparado ao peso, menor quantidade de tecido subcutâneo e pele fina, dificultando assim, o isolamento térmico e a capacidade de manter a temperatura corporal estável frente às variações do ambiente (BRASIL, 2011b; QUEIROZ, MARANHÃO, 2012).

Portanto, é relevante uma atenção direcionada quanto à termorregulação, ou seja, monitorização e manutenção da temperatura corporal, visto que seu padrão ideal é estreito nesses bebês, bem como, seus mecanismos de regulação. Assim, a ausência de aquecimento, pode levar rapidamente a um quadro de hipotermia (temperatura nuclear abaixo de 35°C), e essa situação, muitas vezes resulta em um consumo elevado de oxigênio e conseqüentemente um quadro de hipóxia, isto é, uma situação de risco para o RN (ROLIM et al., 2015).

Então, logo que se inicie a queda de temperatura, a equipe de enfermagem deve intervir, uma vez que se não houver intervenções, a temperatura central do RN diminui, o expondo a um quadro de hipotermia irreversível e como consequência o óbito. A hipotermia é um evento comum entre os prematuros de baixo peso, frequentemente associada a processos metabólicos e fisiopatológicos prejudiciais, sendo considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre esses bebês, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, e por isso, deve ser evitada (ROLIM et al., 2015).

Diante dessas circunstâncias, a posição canguru é considerada pela equipe de enfermagem uma relevante estratégia, em razão de ser uma intervenção acessível e eficaz de compartilhar aquecimento, evitando a perda ou o ganho de calor, sendo benéfica para a homeostase térmica (OLMEDO et al., 2012). De acordo com Casati, Oliveira e Paula (2010), estudos concluíram que houve aumento significativo da temperatura corporal em recém-nascidos pré-termo de baixo peso submetidos à posição canguru. Essa melhora da temperatura, também foi relatada pelos participantes do presente estudo.

Eu estava com um caso ontem, antes de ontem com um bebê, chegamos lá, verificou a temperatura, 33. Meu Deus, esse bebê estava hipoativo. Ai não... canguru nele. Ela pegou e colocou, né? A gente ficou observando, observando, aumentou para 34, aumentou para 35 ai de manhã já estava normal. (Depoente10)

[...] aqui no canguru dá muita temperatura baixa. Aí quando abaixa, já dizemos logo... mãe vá colocar no canguru, aí ela coloca o top, a gente coloca o bebê no top aconchegadinho e tudo, e é uma coisa que rápido a gente já vê que a temperatura já sobe, já fica assim num valor bom! (Depoente16)

Um estudo descritivo quantitativo, realizado com 33 díades (mães e filhos) revelou que a temperatura corporal do RN não reduz para parâmetros de hipotermia quando em posição canguru, pelo contrário, há um aumento progressivo, evidenciando que, a melhor fonte de calor é encontrada no contato pele a pele humano. Isso ocorre porque, a temperatura do adulto está sempre equilibrada, ou seja, constante, reduzindo os riscos de arrefecimento ou superaquecimento acidental do bebê (CARVALHO; ZANGÃO, 2014).

A posição canguru além de contribuir para a regulação da temperatura corporal do RNPT de baixo peso, melhora o ganho de peso ponderal e a respiração. É relevante ressaltar que, o critério ponderal é definitivo para determinar a alta hospitalar em muitas unidades neonatais, assim, a realização do contato pele a pele é um fator motivador para a manutenção do bebê no MC, uma vez que o rápido ganho de peso está diretamente ligado à sua saída do âmbito hospitalar.

Segundo Queiroz e Maranhão (2012), a prematuridade do neonato dificulta o ganho ponderal, visto que os bebês nascidos nessas condições possuem pouca quantidade de tecido celular subcutâneo, pele fina e oferta de oxigênio limitada por distúrbios respiratórios, de modo que, a hipotermia prolongada exige maior consumo de energia e oxigênio para produção de calor, quando comparados aos recém-nascidos não prematuros, dificultando assim, o ganho de peso.

Outros autores relatam que, quando o RNPT prematuro de baixo peso perde muito calor, seu metabolismo aumenta ocasionando um consumo elevado de oxigênio que compromete a sua estabilidade fisiológica, podendo resultar em múltiplos quadros de apnéia, responsável por comprometer o ganho de peso. Então, o contato pele a pele, ajuda na regulação da temperatura corporal, melhora o padrão respiratório e, conseqüentemente, auxilia o ganho de peso, favorecendo a alta hospitalar e o alargamento da sobrevida neonatal (CASATI; OLIVEIRA; PAULA, 2010).

A partir de tais constatações, torna-se evidente a importância da regulação da temperatura corporal do prematuro e é incontestável a preocupação da equipe de enfermagem atuante em implementar a posição canguru para prevenção e gestão da hipotermia.

Foi considerado importante também pelas profissionais de enfermagem que participantes da pesquisa, o outro benefício da posição canguru, o vínculo materno, afetivo que envolve emoções e sentimentos da mãe e de seu filho, ou acompanhante que substitui sua função nos primeiros dias de vida do RNPT de baixo peso.

[...] tem que saber da importância do vínculo da mãe com o bebê, do contato que a mãe tem que ter mesmo com o bebê, principalmente o prematuro, que a gente sabe que a mãe tem que ter um vínculo. (Depoente 01)

[...] esse contato do canguru é justamente para aumentar o vínculo da mãe com o bebê! Ela vai conhecer melhor o bebê dela [...] (Depoente 05)

[...] e mantenham a posição canguru por conta do estabelecimento de vínculo mãe e filho, pais e filho, família que o método não é só mãe e filho. (Depoente 06)

[...] aquele aconchego da mãe é muito bom para recuperar mais, para dar mais segurança, né? O vínculo entre a mãe e o bebê. Muito bom. (Depoente 10)

Segundo Heck et al. (2016), o primeiro toque da mãe com o bebê na posição canguru, favorece a aproximação de ambos. Através dessa ação elas se sentem mais seguras quanto à proteção dada ao bebê. O contato pele a pele possibilita uma intimidade única que facilita a aproximação. De acordo com o MS, estudos revelam que essa formação afetiva é importante para o desenvolvimento do bebê, visto que quando a ligação estabelecida é forte e segura, reduz os efeitos adversos do estresse, que quando vivenciado por um RNPT de baixo peso, eleva seus níveis de cortisol afetando o cérebro, o metabolismo e o sistema imunológico (BRASIL, 2013).

Para que haja ligação entre RNPT de baixo peso, seus pais e demais familiares, são necessários investimentos de outras pessoas, por isso, considera-se fundamental que a equipe de enfermagem desenvolva ações que propiciem o vínculo da mãe com o bebê, estimulando conversas, realização de cuidados básicos e a prática da posição canguru, visto que quando esse papel é desempenhado, favorece o surgimento de sentimentos essenciais, possibilitando a melhora do estado de saúde do RN (MARCIANO, 2016).

Assim, entende-se que estabelecer o vínculo entre a mãe e o filho, significa assegurar a sobrevivência do bebê, em razão da mesma ter papel decisivo sobre a saúde de seu filho, que dependerá de seus cuidados por um longo período. Diante

disso contexto a equipe de enfermagem deve estimular as mães ou acompanhantes a realizarem a posição canguru tendo em vista as diversas contribuições para a promoção da recuperação da saúde do neonato. Para isso, se faz necessária a reunião de esforços para que sejam superados os desafios cotidianos.

Como pode ser visto nos trechos anteriores, as profissionais de enfermagem pesquisadas conhecem a importância da posição canguru e procuram sensibilizar as mães ou acompanhantes a realizarem essa prática, através da transmissão de informação sobre os benefícios e a importância que a mesma representa na melhoria do estado de saúde da criança.

Ao analisar os discursos a seguir, verificou-se que as participantes da pesquisa identificaram a necessidade de uma vigilância constante quanto à segurança do paciente durante a realização da posição canguru, e, por isso consideram fundamental orientar frequentemente os acompanhantes.

Muitas mães aqui querem dormir com o bebê em cima da cama, a gente orienta, não pode, você, no momento que você está dormindo... você pode rolar por cima dele, então ele tem que ficar no bercinho dele, é o local apropriado para ele [...] se você tiver com sono coloque no berço que é mais seguro para ele e para você. (Depoente 05)

[...] com as orientações a gente pede muito, suplica a elas para que não durmam com o bebê nos braços [...] por mais que ela esteja pensando que está fazendo o bem para a criança, ela pode estar arriscando a vida do bebê, então existe o berço do bebê do lado da cama da mãe, justamente para que ele não fique dormindo com ela [...] ela pode ficar com ele, amamentando, pode ficar o máximo de tempo possível com eles nos braços que até é bom pra criança, mas na hora da dormida, que ela sentir que está querendo dormir, está sentindo sono, está pesando, pedir para colocar no berço pra que não ocorra acidente [...] (Depoente 08)

Uma observação de quando a mãe estiver com o bebê no top não dormir, não deitar para dormir. Ela quando for dormir, ela na cama e o bebê no berço, mas nunca os dois juntos na cama porque pode sufocar [...] (Depoente 12)

Segundo Fernando et al. (2016), a segurança do paciente está ligada a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência à saúde até o mínimo aceitável. Esse contexto deve levar em consideração o conhecimento atual dos profissionais de saúde, os recursos disponíveis e o cenário em que a assistência foi realizada frente ao risco. O foco da segurança do paciente é a preocupação com a

magnitude da ocorrência de incidentes, que são eventos que podem ser resultado de falhas na realização de uma ação planejada, ou seja, erros que podem ser evitados.

Como pode ser observado nos relatos anteriores, as profissionais de enfermagem pesquisadas buscaram a redução dos atos de insegurança durante a implementação da posição canguru, visando a utilização de melhores práticas para que fossem alcançados resultados mais favoráveis, por meio da transmissão de orientações sobre a hora certa de colocar o RNPT de baixo peso no berço, ou seja, o momento adequado para interrupção da posição canguru. Entretanto, apesar dessas orientações, promoção e vigilância para a minimização dos riscos, observa-se que acidentes ainda acontecem, como pode ser evidenciado nas falas a seguir.

[...] aqui a gente já teve vários casos de óbito neonatal por conta disso, a mãe já ter rolado por cima do bebê, ter derrubado o bebê da cama... até mesmo na poltrona, ter ficado com o bebê... ter sufocado, então é muito complicado. (Depoente 05)

Já aconteceu o bebê ia receber alta no dia seguinte, aí faleceu, foi a óbito porque a mãe dormiu por cima. Nós orientamos a não dormir com o bebê. (Depoente 12)

Essa problemática, pode estar relacionada à composição da força de trabalho, visto que o quantitativo do pessoal de enfermagem está aquém do necessário. O número reduzido de profissionais atuantes predispõe riscos devido à sobrecarga de atividades e funções que a elas são atribuídas, responsável por gerar desgaste físico e mental, que pode comprometer a vigilância da mãe ou acompanhante que realiza a posição canguru.

Além disso, vale destacar que a comunicação da equipe de enfermagem com as mães ou acompanhantes, quando ocorre de maneira efetiva diminui os conflitos, mal-entendidos e soluciona problemas detectados. Porém, como pode ser percebido pelo relato da participante a seguir, a maioria das mães internadas na maternidade em questão, possuem baixo nível de escolaridade, fato este que pode atrapalhar a compreensão do que foi dito e orientado pelas profissionais de enfermagem, situação propícia para ocorrência de acidentes como este.

A que tem nível de escolaridade baixo, muitas vezes não entende o porque que determinadas medidas são importantes [...] (Depoente 06)

A falta de escolaridade nessa circunstância, coloca o RNPT de baixo peso em uma situação de vulnerabilidade que, muitas vezes, foge ao alcance da equipe de enfermagem. Uma maior escolaridade por parte das mães gera um impacto positivo na vida de seus filhos no que se refere à saúde, uma vez que entenderão melhor as informações transmitidas. Ressalta-se que os profissionais de enfermagem precisam levar em consideração o contexto, as crenças e os valores que essas famílias possuem, por isso, devem buscar uma comunicação alternativa, por meio da simplificação das falas, visando a melhor compreensão que resultará em melhores resultados.

4.3 O aleitamento materno como vínculo afetivo e nutricional

Um dos objetivos do MC, é o estímulo ao aleitamento materno, por se tratar de umas das estratégias mais inteligentes que promove vínculo, afeto, proteção e nutrição ao RNPT de baixo peso, é livre de contaminação, portanto, evita a ocorrência de infecções, sendo responsável por promover o ganho de peso adequado do bebê.

O leite materno é universalmente aceito como melhor alimento para qualquer bebê, oferecendo vantagens econômicas, nutricionais, endócrinas e emocionais (SANTANA et al., 2013). Para Ferreira e Souza (2011), o leite materno é o alimento mais indicado aos recém-nascidos prematuros nas primeiras semanas de vida, por ser rico em nitrogênio, lipídios totais, vitaminas (A, D e E), cálcio, ácidos graxos e proteínas com funções imunológicas.

A amamentação no seio da mãe, significa para o RNPT de baixo peso, um menor tempo de internação hospitalar, uma vez que se relaciona diretamente com um melhor prognóstico para o desenvolvimento do sistema neurológico, bem como, redução do índice de patologias crônicas e agudas. Esse quadro é satisfatório, visto que, eleva a sobrevivência desses bebês, em relação àqueles amamentados com leite industrializado (PAIVA et al., 2013)

Segundo Casati, Oliveira e Paula (2010), a amamentação em um bebê prematuro contribui para o ganho de peso, aumento do nível de glicose no sangue e diminuição da bilirrubina conjugada, contribuindo para o desenvolvimento mental e neurológico. Para as mães, o aleitamento está intimamente relacionado a qualidade de vida, porque, através dessa prática, elas podem contribuir de maneira ativa para a

recuperação da saúde de seus filhos, proporcionando a proteção necessária para seu crescimento e desenvolvimento.

As vantagens do aleitamento materno são inúmeras e indiscutíveis, tendo as profissionais de enfermagem um papel essencial na amamentação, quanto à sensibilização e compartilhamento de conhecimentos fundamentais para a adesão dessa prática, de forma tranquila, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações. Desse modo, a amamentação durante o período de internação no alojamento conjunto, ou seja, segunda etapa do MC, é permeada pela preocupação e expectativa das profissionais de enfermagem pesquisadas, quanto ao RNPT de baixo peso mamar no seio da mãe de forma livre, visto que é nesta fase em que deve ser intensificada a importância da amamentação para o ganho de peso, assim, elas procuram estimular essa prática em seu cotidiano.

A gente conscientiza a mãe da importância do aleitamento de forma livre para que o bebê ganhe peso mais rápido e assim consiga atingir o peso ideal para alta. (Depoente 08)

[...] a gente explica para mãe ter paciência e botar o bebê no peito por livre demanda, quanto ele quiser, pode deixar ele mamar, respeitar o sono... essas coisas [...] (Depoente 12)

Segundo o MS, a amamentação em livre demanda é quando o bebê se alimenta no seio materno, sem restrições de horário e tempo de permanência na mama. A cada mamada, não é indicado fixar o tempo de permanência, sendo importante que o bebê mame até esvaziar completamente o seio, para que receba o leite final da mamada, que contém um valor energético maior, uma concentração de gordura até cinco vezes maior se comparado ao anterior, e por isso, promove o aumento da saciedade e espaçamentos entre as mamadas, contribuindo de forma satisfatória para o ganho de peso adequado do RNPT (BRASIL, 2009b; WALTY; DUARTE, 2010).

Como pode ser observado nas falas anteriores, as profissionais de enfermagem buscam conscientizar e estimular as mães a amamentarem seus bebês de forma livre, visto que, contribui para o ganho de peso mais rápido e efetivo. Entretanto, nesse contexto, deve-se observar o tempo de permanência do RNPT de baixo peso no seio, uma vez que mamadas prolongadas também podem indicar pega incorreta.

Além do incentivo a amamentação em livre demanda, foi uma inquietação presente nas profissionais de enfermagem pesquisadas, a abordagem das questões

que se referem ao posicionamento e a pega durante a amamentação, por se tratarem de fatores que influenciam no ato de amamentar, que quando realizados de maneira adequada, contribuem para expansão dos índices de adesão do aleitamento materno.

Quanto a questão do aleitamento, a pega correta, a gente vai senta ela coloca na posição mais confortável possível, tenta está direcionando direitinho como é que tem que ser, é... Que não pode pegar só no mamilo, tem que pegar a aréola. Tudo direitinho, colocando a cabeça do bebê na dobra do cotovelo, é... colocando o rostinho do bebê próximo a mama. (Depoente 04)

Eu vejo se está correto a forma de amamentar, se o bebê está sugando bem [...] A gente explica que o bebê tem que abocanhar a parte... a auréola escura, correta e a posição. Para ela não ir para cima do bebê assim, dessa forma. Levar o bebê ao peito e verticalizado. Para não prensar o bebê. (Depoente 10)

[...] o aleitamento da forma correta. De amamentar, ensinar as posições corretas para o bebê, como ela deve colocar o bebê para mamar. Pegando aqui auréola do peito. Todinha, a forma correta mesmo, até mesmo para ela não, não ferir a mama dela [...] (Depoente 16)

Segundo Santos (2007), a posição adequada para que o bebê possa retirar o leite suficiente do peito, a cabeça e o tronco devem se manter em linha reta, com a boca no mesmo plano e de frente para a aréola, garantindo a abocanhada apropriada, e o queixo deverá estar encostado no seio materno. O corpo do bebê deverá estar voltado e próximo ao corpo da mãe.

Assim como a posição, a pega adequada é fundamental para o êxito da amamentação. A pega adequada do bebê a mama, é caracterizada pela abertura ampla de sua boca, abocanhando o mamilo e parte da aréola. Essa ação, forma um lacre perfeito entre a boca do bebê e a mama de sua mãe, responsável pela formação do vácuo, importante para que o mamilo e a aréola permaneçam dentro da boca do bebê. A língua forma uma concha que retira o leite da mama, devido ao movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que aperta lentamente o mamilo. Quando a mãe e/ ou o bebê durante a amamentação se posicionam de maneira inadequada, compromete a pega correta, que dificulta o esvaziamento da mama, levando a baixa produção de leite (BRASIL, 2009b).

A pega inadequada, pode estar relacionada ao não ganho de peso esperado, visto que, mesmo o RNPT de baixo permanecendo muito tempo no seio, muitas vezes, ele não é capaz de retirar o leite posterior da mama, que é o mais calórico, e, portanto,

responsável pelo ganho ponderal maior, ou seja, com a pega inadequada o bebê levará mais tempo para atingir o peso ideal para alta hospitalar (BRASIL, 2009b).

Além disso, a maioria das intercorrências à mama durante o puerpério, podem ser revertidas com o uso de técnicas adequadas de pega. Pois sabe-se que a pega incorreta, pode gerar alterações mamárias, como fissuras mamilares e mastites que resultam na ocorrência do desmame precoce (OLIVEIRA et al., 2015b).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem deve atuar como facilitadora. Ao analisar as falas anteriores, percebe-se que as profissionais de enfermagem pesquisadas atuam na instrumentalização das lactentes no que se refere a posição e a pega adequadas durante a amamentação, através do auxílio, demonstrações e orientações com uma comunicação simples e objetiva, incentivando e apoiando o aleitamento materno por meio do posicionamento confortável. Assim, otimizam a retirada do leite, conseqüentemente, o ganho de peso e ainda reduzem o número de complicações mamárias que resultam na diminuição do desmame precoce.

Segundo o MS, todas as mulheres possuem condições biológicas de produzirem a quantidade suficiente de leite para atender as necessidades nutricionais de seus filhos (BRASIL, 2009b). Todavia, é comum entre as mães durante a amamentação, a queixa de que seu leite é fraco e/ ou insuficiente, como pode ser percebido nos relatos das profissionais de enfermagem pesquisadas.

Em relação ao aleitamento materno a gente orienta bastante porque a mãe fica muito apreensiva... ah não tenho leite, não tenho isso [...] (Depoente 03)

A grande maioria, como os bebês são muito prematuros, tem umas que tem... elas não conseguem fazer uma ordenha do leite delas e outras dizem que não tem uma produção suficiente [...] aí ela: não mais é que meu leite é fraco! (Depoente 05)

[...] eu tenho pouco leite, meu bebê não pega [...] mas eu não tenho leite, aí eu digo: Quanto mais o bebê sugar no seu seio, mais o seu leite vai descer. Aí quando a gente tenta um, dois, três dias... Elas ficam mais, aí quando elas começam logo, logo eles começam a ganhar peso para ir embora [...] (Depoente 13)

O aspecto aguado do leite materno, em especial o colostro, leva a mãe a pensar que seu leite não serve para atender às demandas do seu bebê, por ser diferente da aparência do leite de vaca, composto principalmente de proteína, popularmente conhecido como leite forte. A criação desse mito “leite fraco”, serviu para reduzir a

responsabilidade e o sentimento de culpa das mães pelo fracasso da lactação (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

A preponderância da queixa de pouco leite, na maioria das vezes é resultante de insegurança da própria mãe quanto à capacidade de nutrir plenamente o RN, ou está relacionada a opiniões negativas de indivíduos próximos, como por exemplo, a figura da avó materna, que carrega uma herança cultural, amparada pelo conhecimento empírico, baseado no senso comum de seus antepassados. Esse pensamento é repassado, e muitas vezes, pode levar a mãe a introduzir complementos a alimentação de seu bebê, prejudicando o aleitamento materno, visto que, intensifica ainda mais a redução da produção de leite (OLIVEIRA et al., 2015b).

Isso revela a necessidade de implantar um processo educativo, uma vez que as mães sofrem influências das crenças e hábitos familiares, devido a insuficiência de informações recebidas sobre a temática. Assim, as profissionais de enfermagem devem capacitar essas mulheres, para que elas se sintam mais seguras e detentoras de saberes fundamentais para manter o aleitamento materno, assim beneficiará diretamente a saúde de seus filhos.

Segundo Silva, Thomé e Abreu (2011), o RNPT de baixo peso apresenta uma série de alterações que podem estar relacionadas às dificuldades de sucção e deglutição, responsáveis por retardar o ganho de peso e, por conseguinte prolongar o tempo de hospitalização. As participantes deste estudo, em seus relatos mostraram a preocupação em orientar as mães quanto a estimulação da sucção como fonte nutritiva e não nutritiva, no caso dos bebês que estão com sonda orogástrica (SOG).

A gente sempre fala para elas estarem estimulando, mesmo o bebê estando com a sonda tem que estimular porque se não, não vai ter produção... se ela não colocar o bebê para tentar sugar nem que seja um pouquinho [...] (Depoente 05)

Tem muito bebê aqui que utiliza sonda que é prematuro e que a mãe tem muita dificuldade, então até eles saírem dessa sonda para ela começar a amamentar é um processo bem longo, então a gente passa mais essas orientações. (Depoente 07)

[...] diz para ela aproveitar o intervalo da fome do bebê para estimular, estimular porque aumenta o leite e também assim, a produção aumenta e o bebê é estimulado a sugar. (Depoente 10)

As mamas são consideradas glândulas exócrinas tubulares-alveolares envolvidas por um tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos. O RNPT de baixo

peso, ao sugar o seio da mãe, automaticamente estimula as terminações nervosas presentes no mamilo, esses estímulos são enviados a hipófise, resultando na liberação do hormônio prolactina, que possui a função de contrair as células mioepiteliais que rodeiam os alvéolos, ocasionando o reflexo da descida do leite. Desse modo, quanto mais o bebê sugar em um menor intervalo de tempo, maior será o volume do leite fabricado (SANTOS, 2007).

Um estudo descritivo, longitudinal com um delineamento multimetodológico, realizado com 10 mães, revelou que a maioria não realizava o estímulo durante a primeira etapa, ou seja, durante o tempo de internação do seu filho na UTIN, o que conseqüentemente inviabilizava o estímulo do bebê quanto ao reflexo de sugar (SPHEAR; SEIDL, 2013).

É comum entre os RNPT, a alimentação inicial ser feita por via parenteral ou enteral, com o uso da SOG, visto que o início da alimentação por via oral é um processo, na maioria das vezes, demorado por depender de alguns fatores como, funcionamento geral do organismo, estabilidade clínica, reflexo de sucção e deglutição, balanço calórico, quadro respiratório, dentre outros (MEDEIROS et al., 2011).

Por isso, observa-se a preocupação das profissionais em orientar as mães a iniciarem a estimulação das mamas, visto que quando o RNPT de baixo peso é privado desses estímulos sensoriais, atrasa o desenvolvimento do seu sistema estomatognático, e conseqüentemente, ele irá demorar mais a coordenar os reflexos de sucção, deglutição e respiração, critério necessário para alta hospitalar do bebê submetido ao MC.

Independentemente da via de alimentação, todos os bebês precisam de uma nutrição adequada e regular, tanto em qualidade como em quantidade. Todavia, quando a alimentação é estabelecida através da SOG, situação comum entre os recém-nascidos pré-termos de baixo peso, verifica-se, a preocupação das profissionais de enfermagem pesquisadas quanto aos cuidados com a nutrição do RN através da SOG.

Aqui também tem muito menino de sonda orogástrica, por isso, a gente tem que orientar a forma de administrar a dieta dele pela sonda para não ter a bronco aspiração. Uma série de cuidados! (Depoente 12)

[...] a administração do leite pela sonda, às vezes, por exemplo essa semana mesmo eu cheguei na enfermaria e o bebê estava sendo

acompanhado por uma conhecida só da mãe do bebê, que ela estava na UTI e ela estava simplesmente injetando o leite na sonda! Injetando! Ela disse que não tinha recebido nenhum treinamento, nada! E aí eu tive que explicar, mas que ela estava fazendo de forma errada. (Depoente 14)

[...] na sonda a gente orienta a maneira correta de utilizar a seringa, que tem umas que querem usar a seringa várias vezes, a gente orienta que é uma seringa de cada vez, quando o leite chega, as vezes elas até estão dormindo, a gente fica acordando elas para está colocando o leite ali na hora que chega, para não esperar [...] (Depoente 16)

Segundo Damasceno et al. (2014), o RN pré-termo, principalmente o que tem muito baixo peso, apresenta dificuldades de mamar no seio materno, por não conseguirem coordenar simultaneamente a sucção, a deglutição e a respiração, aumentando o risco de aspiração. Além disso, sugar, pode significar para o bebê nessas condições, um gasto excessivo de energia, levando-o a perder peso. Em virtude dessa situação, os profissionais de saúde optam por uma outra alternativa para nutrição desse bebê, sendo preferencialmente a SOG, em virtude de não comprometer a permeabilidade das vias aéreas superiores.

De acordo com o MS, a alimentação por sonda, na maioria das vezes, é realizada por gavagem, onde a seringa deve ser mantida na posição horizontal, a fim de evitar perdas de gordura secundária (BRASIL, 2011b). Na alimentação por gavagem, o leite é administrado de maneira lenta, por ação da gravidade, a dieta geralmente é fracionada de 2 em 2 horas ou de 3 em 3 horas (NUNES; GOMES, 2016).

Esse tipo de nutrição gera um menor tempo de intolerância gástrica e o RNPT tem ganho de peso mais rápido. Destaca-se que o alimento é primordial para o crescimento da mucosa intestinal, e quando administrada precocemente desenvolve efeitos positivos em outros tecidos que resulta em uma maior tolerância alimentar, diminuição da resistência vascular, esplâncnica com aumento do fluxo sanguíneo e melhor oferta de oxigênio, assim como reduz a incidência de enterocolite necrosante. Em RNPT de baixo peso ocorre o aumento da gastrina, a motilina e peptídeos pancreáticos que regulam inúmeras funções endócrinas, responsáveis por manter a integridade do intestino, assim como contribui para a digestão e absorção de nutrientes (NUNES; GOMES, 2016).

É importante ressaltar que, antes de iniciar a infusão de qualquer líquido, é fundamental se assegurar quanto a localização da sonda, se está no local correto, por

meio da checagem do resíduo gástrico, que inclusive, pode indicar se o leite está sendo digerido ou não de acordo com a sua coloração. Essas ações evitam outras complicações como a administração do leite no local incorreto. (MENDONÇA et al., 2010).

Destarte, a alimentação por SOG, requer cuidados especiais em relação a sua manutenção, bem como, a maneira de administração do leite. As participantes deste estudo, como pode-se observar nas falas anteriores, direcionaram sua atenção à velocidade da infusão do leite com a seringa, bem como, à administração correta do leite, incluindo o descarte da seringa a cada uso, dessa forma, essas profissionais possuem um papel relevante na prevenção de complicações relacionadas ao uso de SOG, e, por isso, consideram importante emponderar a mãe ou o acompanhante no que tange os cuidados com os bebês que recebem nutrição por essa via, uma vez que, complicações como bronco aspiração, podem resultar em um tempo maior de internação hospitalar.

Existe outro fator que repercute negativamente na amamentação, o uso de mamadeiras e chupetas pelos lactentes. O MS revelou através de uma amostra de 34.366 crianças menores de 12 meses analisadas nas capitais brasileiras de Distrito Federal (DF), que o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%) são muito frequentes (BRASIL, 2009b).

Como pode ser analisado nos discursos das profissionais de enfermagem pesquisadas, é evidente a preocupação em orientar e desencorajar as mães ou acompanhantes no que se refere ao uso de mamadeiras e chupetas.

[...] com relação ao aleitamento materno eu sempre procuro está estimulando as mães a não fazerem uso de mamadeira, nem de chupeta.... As vezes a gente pega mamadeira, chupeta no flagra digamos assim [...] (Depoente 06)

Eu bato muito encima, eu digo que altera a cavidade oral... aí também, é assim nocivo para que o bebê adquira uma respiração inadequada e contamina, traz as rinites, altera a dentição. Muito prejuízo para criança. Muito prejuízo, muito prejuízo [...] (Depoente 10)

A gente abomina, se a gente ver, a gente já chama atenção! A gente explica primeiro, que o hospital não permite por ser um hospital amigo da criança, primeira coisa a gente fala isso. Então aqui, não será permitido! E segundo porque o uso da chupeta e da mamadeira, ele vai atrapalhar no desenvolvimento do bebê. Na questão da sucção, também o risco de infecção aqui dentro do hospital [...] (Depoente 14)

O uso de mamadeiras e chupetas devem ser evitados, uma vez que atrapalha os mecanismos de sucção e deglutição, devido ao fato dos bicos artificiais se diferenciarem da maneira realizada ao seio materno, o que pode levar o RN a confundir os bicos, reproduzindo a pega que costumam realizar nesses produtos industriais, ou seja, abocanham apenas o mamilo, gerando desconforto na mãe e insatisfação no bebê, resultando em alterações na manutenção da amamentação (FERREIRA; SOUZA, 2011).

Além disso, os bicos artificiais estão vinculados ao aumento da incidência de infecções, por proporcionarem condições ideais para a proliferação de bactérias e fungos, quando submetidos a circunstâncias não higiênicas. Também estão relacionados ao aumento da incidência de otites e a uma série de mudanças funcionais e estruturais do sistema estomatognático, como, alterações na mordida e no ciclo de sucção-deglutição-respiração, dentre outros (KOHLEK; HERNANDEZ; SOUZA, 2011).

Ressalta-se que a maternidade em que ocorreu a pesquisa, credenciada como HAC que soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, coordenado pelo Ministério da Saúde para: informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno e combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (UNICEF, 2014).

De acordo com Kohler, Hernandez e Souza (2011), a mamadeira e a chupeta são produtos que competem com a amamentação e a quantidade acentuada de evidências científicas relacionadas a esse contexto, levou a OMS e a UNICEF a incluir nos “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno adotado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, o passo nº 9 “Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas”, visto que a utilização de bicos artificiais contribui para o desmame precoce, mesmo os considerados “ortodônticos”, podem alterar a mecânica oral, tornando a retirada do leite no seio materno insatisfatória, uma vez que o bebê deixa de ordenhar e passa a engolir o leite de maneira passiva.

Assim, em virtude de várias recomendações as profissionais de enfermagem pesquisadas são contra o uso de mamadeira e chupeta, por terem sido inversamente associadas à prática da amamentação. Dessa forma, ao analisar os relatos pode se perceber que elas não só desencorajam o uso desses produtos artificiais, como

também procuram informar os malefícios que a chupeta e a mamadeira acarretam ao bebê, ainda se preocupam em se manterem vigilantes, visto que mesmo orientando as mães ou acompanhantes esses produtos são encontrados em seu cotidiano de trabalho.

Ao analisar a amamentação como um todo, percebe-se que uma equipe de enfermagem preparada e bem treinada, contribui para a efetivação e sucesso da amamentação na instituição de saúde em que atua, por isso é imprescindível o investimento no preparo e aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem, para que os mesmos contribuam no processo de amamentação, que consiste não só em técnicas, mas trata-se de um processo muito mais amplo e complexo, que requer um conjunto de habilidades e empatia.

4.4 A higiene corporal e íntima do recém-nascido no Método Canguru

Durante a rotina hospitalar de uma maternidade, são realizadas ações diárias, uma delas é a higiene corporal e íntima do RN, que objetiva a limpeza e a proteção do revestimento externo do corpo, além de promover a circulação geral da pele que resulta em uma sensação de bem-estar e conforto para o bebê (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010). Como pode ser observado no relato a seguir, a Depoente 05 revela um dos benefícios do banho para o RNPT de baixo peso.

A higiene é importantíssima porque como eles são muito prematuros a imunidade é baixa, então o risco de infecção é muito grande, a viroses, a quaisquer doenças oportunistas. Se ele não tiver esse cuidado de higiene aí fica muito complicado [...] (Depoente 05)

A higienização pode constituir um dos momentos mais felizes da vida do RNPT de baixo peso, por possibilitar experiências únicas através da pele, órgão sensitivo mais importante da primeira infância, que permite a esse RN conhecer o mundo exterior através do toque, uma vez que durante o banho, ele poderá desfrutar da liberdade de movimentos, experimentando novas sensações de umidade, calor, suavidade, secura, aspereza, que são fenômenos que ocorrem por meio da pele (SANTOS, 2012).

Segundo Fernandes, Oliveira e Machado (2011), a pele é considerada um órgão de grande valor por ser multifuncional, por promover a função de barreira

cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica e por prevenir a perda de fluidos corporais. No que tange a pele do neonato prematuro, ela passa por um processo progressivo de adaptação a vida extrauterina, e por isso, necessita de cuidados especiais em virtude da barreira cutânea ser menos efetiva. Além disso, o pH cutâneo < 5 em adultos ou adolescentes tem efeito protetor de microrganismos, enquanto que no RNPT o pH é neutro, fato que reduz a defesa contra os microrganismos que se proliferam de maneira intensa, demonstrando falha na barreira epidérmica. Portanto, o RNPT nesse contexto é mais propenso a infecções.

Dessa forma, ao analisar a fala da profissional de enfermagem pesquisada, pode-se perceber que o banho é uma das principais medidas de prevenção contra infecção por essa via, em razão de permitir que a superlotação de bactérias acumuladas durante o dia, juntamente com suor e resto de comida (leite) sejam removidos.

O banho destinado ao RN tem que ser realizado de acordo com seu padrão fisiológico e comportamental. Pensando nisso, dentro do MC foi preconizado para o RNPT de baixo peso o “banho humanizado”, que consiste resumidamente na imersão do bebê em água morna até o pescoço, envolto por uma fralda (BRASIL, 2013). Essa medida, como pode ser vista no fragmento das falas a seguir é adotada pelas profissionais de enfermagem pesquisadas.

Aqui a gente orienta no banho, a água morninha, enrolado, o bebê envolto em um paninho e todo aquele processo, para evitar a perda de temperatura [...] (Depoente 03)

Orientado quanto ao banho, tem o chuveiro elétrico para pegar água quente para elas banharem, para eles não sentirem tanta diferença. (Depoente 11)

[...] a gente pega uma água morna [...] vai banhar molhando aos poucos para bebê não se assustar que ele chora. Aí a gente gosta de também botar na fralda [...] (Depoente 13)

De acordo com Hemkemeier, Fermino e Ribeiro (2012), o banho deve ser um momento agradável para o bebê, a fim de evitar estresse e promover prazer. Na técnica do banho humanizado o RN tem que ser levado à banheira contendo água morna, envolto por uma fralda, assim, durante o procedimento não se sentirá inseguro, uma vez que se trata de uma simulação do útero materno, local em que o bebê se sentia mais protegido e por essa razão, tende a ficar calmo e quieto durante o banho,

facilitando a execução do procedimento, tornando a ação menos traumática para mãe e para o bebê.

Medeiros e Mascarenhas (2010), afirmam que esse banho é uma importante ferramenta no que se refere ao balanço comportamental e fisiológico, por causar uma menor perda de calor, diminuir o índice de infecção e oportunizar o conforto e a tranquilidade do RNPT de baixo peso. Assim, as profissionais de enfermagem buscam utilização dessa técnica, em razão de proporcionar uma melhor resposta adaptativa ao ambiente, por promover a organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao meio, contribuindo beneficentemente para o desenvolvimento sadio do RNPT de baixo peso.

Como pode ser observado no relato da depoente 04, as profissionais também se preocupam em explicar o passo a passo de como executar o banho do bebê:

[...] falo que sempre tem que iniciar no sentido cefalocaudal, iniciando pela cabeça, depois o rostinho. Evitar que os pés fiquem apoiados sobre o local que elas forem colocar o bebê para tomar banho, porque a tendência é eles quererem engatinhar. O rostinho também ficar bem apoiado no formato de um C. Tento explicar como é que tem que ser... Sempre deixar o bumbum por último, porque muitas vezes por conta até cultural, tenda ir do bumbum para depois ir para o rosto do bebê [...] (Depoente 04)

De acordo com o MS, deve-se iniciar o banho pelo rosto sem a utilização de sabão, apenas com um algodão úmido para cada olho, posteriormente passa para as narinas e orelhas. Após essa limpeza, o RNPT de baixo peso deverá ser posicionado na banheira com água morna, de maneira que o corpo fique submerso até o pescoço, o ambiente deve ser fechado, para impossibilitar as perdas de calor por conversão (BRASIL, 2011b).

A fralda que envolve o bebê deve ser retirada aos poucos, para ensaboar as regiões do corpo na seguinte sequência: pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores. Por último deve-se ensaboar a região genital e logo em seguida o bumbum. É importante ressaltar que antes do banho, quando a fralda for retirada, deve se fazer uma limpeza parcial removendo o excesso de eliminações vesicais e intestinais com algodão úmido (BRASIL, 2011b).

Como pode ser observado no relato anterior da Depoente 04, as profissionais de enfermagem realizam e orientam o banho de acordo com o que é preconizado pelo MS, ou seja, no sentido cefalo-caudal e no sentido do mais limpo para o mais sujo.

Ressalta-se que normalmente as mães ou acompanhantes têm medo quanto à realização do banho e da higiene, por esse motivo, é umas das atribuições da equipe de enfermagem envolvê-los nesse cuidado, transmitindo apoio e conhecimentos fundamentais para aquisição da segurança.

[...] quando nasce um pré-termo elas têm medo de pegar, elas têm medo de derrubar, elas têm medo de deixar o bebê cair no balde e o bebê se afogar.... Elas têm medo de tudo. Então a gente tem que passar essa confiança para mãe para que ela se sinta realmente empoderada e ela possa dar o banho no filho dela [...] (Depoente 06)

[...] elas têm medo, espera o acompanhante para vir dar banho [...] insistiram que não tinham coragem de banhar, com medo de quebrar o bebê. Aí eu digo: Olha você não vai quebrar seu bebê [...] (Depoente 13)

Aquele bebezinho muito pequenininho né?! Que elas têm medo de dar banho [...] porque as mães, elas ficam com medo de dar banho por ser muito prematuro, então elas chegam para gente, pede ajuda [...] (Depoente 14)

Segundo Silva et al. (2015b), o sentimento de medo está atrelado ao desconhecimento, principalmente no que se refere a forma correta de segurar o bebê durante a realização do banho. Esse receio de errar ou de algo desagradável ocorrer, podem ser minimizados durante o período de internação na UCINCa através da prática do banho. Entretanto, muitas vezes, o medo é tão grande que as mães ou acompanhantes evitam realizar esse procedimento, passando a responsabilidade para as profissionais de enfermagem ou outros da área da saúde, para que elas, apenas observem.

Nem sempre a observação da prática é eficiente, por isso, cabe a equipe de enfermagem encorajar as mães a realizarem o banho, ensinando-as, visto que só assim vão adquirir segurança. Além disso, deve haver uma avaliação do que foi orientado, porque sabe-se que as mães ou acompanhantes da maternidade em que ocorreu a presente pesquisa, possuem baixo nível de escolaridade, o que pode atrapalhar a compreensão ou interpretação do que foi dito, nesse caso a saúde da criança pode ser prejudicada.

A maturidade do RN é fundamental para definir a realização da higiene, em bebês que pesam menos 1.500 g, não é indicado o banho humanizado em virtude do risco de hipotermia ser acentuado, enquanto que os bebês que pesam mais de 1.500

g podem tomar banho até duas vezes por semana. A medida que ele vai crescendo e se desenvolvendo a frequência do banho vai aumentando.

Para os recém-nascidos que não podem ser imersos na água, é indicado uma higiene mais simples, com gaze ou algodão úmido morno. Ressalta-se que essa limpeza também deverá ser realizada no sentido cefalocaudal, e na proporção que for ocorrendo, o algodão ou gaze devem ser trocados. Vale considerar que nesse contexto as profissionais de enfermagem devem orientar as mães ou acompanhantes quanto a esse tipo de higiene e sua importância, visto que, aqueles bebês que não podem tomar o banho humanizado, também devem ser beneficiados com a higiene.

Entretanto, ao analisar os relatos a seguir, percebe-se que essa limpeza rápida quando realizada inadequadamente pode trazer prejuízos ao RNPT de baixo peso, como assaduras.

Eles preferem fazer só uma higiene bem rápida e que não é eficaz, que as vezes a gente pega bebê com bastante assadura, por conta dessa higiene [...] (Depoente 07)

[...] a gente também sempre pede para que elas mantenham a higiene da criança, não deixe ela com a fralda molhada por muito tempo para evitar assaduras, porque assaduras já é um risco também para criança ter infecção, tudo [...] (Depoente 08)

O RNPT de baixo peso possui a pele muito fina e sensível, nesse caso ele é mais propenso a desenvolver assaduras. Partindo desse pressuposto, a fralda deverá ser trocada mais vezes ao dia, sendo importante que durante a troca de fralda ocorra a higiene íntima do bebê. No caso de menino, deve-se realizar a limpeza retraindo lentamente o prepúcio para que a região não seja machucada e o acúmulo de sujidade seja removido e nas meninas os grandes lábios devem ser abertos e limpos para que os resíduos de fezes e urina também sejam removidos. Destaca-se que o sentido da higiene íntima deverá ser sempre de frente para trás (BRASIL, 2011b).

Os relatos anteriores das Depoentes 07 e 08, demonstram que a equipe de enfermagem não menospreza a presença de assaduras, em razão de causar incômodo e sofrimento a criança, além de configurar uma importante porta de entrada de infecções, assim, a equipe de enfermagem deve sempre avaliar e observar como os procedimentos de higienização do bebê estão sendo realizados, orientando as mães ou acompanhantes, a fim de evitar outras complicações aos recém-nascidos pré-termos de baixo peso.

O coto umbilical do RN quando não higienizado de maneira adequada, também configura uma porta de entrada para infecções. As falas a seguir revelam que as profissionais de enfermagem se empenham em orientar as mães ou acompanhantes quanto a higiene com o coto umbilical.

[...] com relação aos cuidados da mãe mesmo para o bebê não ficar com o coto umbilical sujo porque já vai gerar outro tipo de infecção, vai demorar mais tempo para ele sair [...] (Depoente 08)

[...] para gente orientar quanto ao umbigo, para fazer higiene, para colocar o álcool 70 [...] (Depoente 10)

[...] quando o bebê chega que está ainda com o coto umbilical, a gente orienta a fazer a antissepsia com álcool a 70%, três vezes ao dia e de preferência depois do banho. Depois que banhar é que faz a limpeza com o álcool [...] (Depoente 12)

Ao analisar as falas anteriores das Depoentes, percebe-se que para limpeza do coto umbilical, o produto preferencial foi o álcool a 70%. De acordo com Santos (2012), o álcool a 70% é a substância mais apropriada e utilizada como rotina nas instituições de saúde, porém pode ser lavado com água e sabão neutro durante o banho. Assim, a realização do curativo umbilical deve ocorrer diariamente (pelo menos duas vezes), preferencialmente logo após o banho e se houver presença de secreção, entretanto, o curativo deve ser feito sempre que a fralda for trocada, objetivando a prevenção de infecção (LINHARES, 2010).

A maneira mais adequada de realizar a limpeza do coto umbilical: limpar com um cotonete embebido em álcool a 70%, realizando movimentos circulares ao redor e no próprio coto visando a retirada de toda sujidade, após a limpeza, secar toda a área com outro cotonete. Ressalta-se que é importante que a fralda seja dobrada expondo o coto, para evitar a proliferação de microrganismos (SANTOS, 2012).

O coto umbilical deve permanecer limpo e seco em virtude de apressar seu processo de cicatrização. Segundo Miranda et al. (2016), o coto inicialmente tem um aspecto gelatinoso, tornando-se seco, escurecido e endurecido até a queda ou desprendimento. De maneira geral, o processo de mumificação do coto inicia-se logo após a secção, uma vez que há suspensão de aporte sanguíneo que resulta em necrose séptica. A mumificação do coto se dá perto do 3º ou 4º dia e sua queda da parede abdominal ocorre do 4º ao 8º dia de vida, podendo estender-se até 14º ou 15º dia.

O coto umbilical requer uma vigilância frequente e cuidados especiais, por favorecer a ocorrência de onfalite e sepse, isso porque se caracteriza como um tecido em processo de desvitalização, tornando-se um meio de cultura exímio, somado a isso, possui vasos recentemente trombosados, permitindo acesso direto à corrente sanguínea (MIRANDA et al., 2016).

Durante o processo de cicatrização, a equipe de enfermagem deve observar a presença de secreções na base do coto, ou sinais flogísticos de infecção (hiperemia, rubor e calor) ao redor da pele do RNPT de baixo peso, bem como, é importante que elas orientem as mães ou acompanhantes quanto aos cuidados adequados de antissepsia do coto umbilical, até que ocorra sua cicatrização completa, visto que, o coto é uma porta de entrada de bactérias, e essa ação previne o acometimento de infecções.

É relevante salientar que a higienização do RNPT de baixo peso como um todo, faz parte dos cuidados infantis básicos e permite que essas crianças garantam a manutenção de sua saúde por meio de medidas de segurança ambientais, que além de propiciarem o conforto e o bem-estar, possui grande relevância para o desenvolvimento deste pequeno paciente.

4.5 Orientações específicas sobre fototerapia pela enfermagem

A icterícia neonatal é uma manifestação clínica caracterizada pelo aumento da molécula de bilirrubina na corrente sanguínea. Acomete cerca de 60% dos recém-nascidos, especialmente os prematuros com incidência de 80%. Essa alteração pode ser fisiológica própria do RN, ou estar relacionada ao aleitamento materno e por fim, pode ser associada a doenças hemolíticas. Em algumas situações é detectada nos primeiros dias de vida. É importante ressaltar que, a maioria dos casos de hiperbilirrubinemia indireta é benigna, ou seja, não precisa de tratamento, nos demais casos, são necessárias intervenções, sendo a fototerapia a modalidade terapêutica mais utilizada (GALVAN et al., 2013)

A fototerapia consiste na exposição do RN a uma luz de alta intensidade, responsável pela transformação da bilirrubina, molécula lipossolúvel em uma molécula mais hidrossolúvel. Desse modo, o organismo poderá eliminá-la sem necessidade de conjugação hepática (LUCHESE; BERRETTA; DUPAS, 2009).

A equipe de enfermagem é responsável por receber e acomodar o recém-nascido para o tratamento, bem como, preparar os equipamentos que serão utilizados durante a fototerapia, como focos de luz e incubadoras, portanto, cabe a esses profissionais também, informar todos os procedimentos as mães ou acompanhantes (ROSA et al., 2012). Ao analisar a fala da Depoente 04, pode-se perceber que a profissional de enfermagem procura explicar para que serve a fototerapia e como ocorre.

[...] falo um pouquinho até sobre a questão da bilirrubina de que é uma macromolécula que a luz vai ajudar a quebrar, que ele vai expelir, que a coloração das fezes e da urina vão ficar mais amareladas... mas pra não se preocupar que é normal, que isso é uma forma dele estar liberando do corpo dele, do organismo dele [...] (Depoente 04)

Geralmente, as mães ou acompanhantes se assustam ao veem alterações nos recém-nascidos pré-termos de baixo peso, que por vezes, ocorrem em virtude da fototerapia, como por exemplo, modificações na coloração das eliminações fisiológicas, por conseguinte, faz-se necessário que eles sejam informados acerca de todos os procedimentos e equipamentos que serão utilizados.

A ausência de comunicação entre a equipe de enfermagem e as mães ou acompanhantes, pode resultar em um julgamento errado por parte da família, no que se refere ao estado de saúde do neonato. Então, o esclarecimento tem relevância, visto que, ameniza o sofrimento familiar e proporciona o enfrentamento do tratamento fototerápico com mais segurança.

A icterícia é um evento comum no setor que fornece assistência ao RNPT de baixo peso, conseqüentemente a fototerapia está presente na rotina dos profissionais que prestam acompanhamento a essa clientela, que apesar de seus benefícios, não está livre de riscos, assim, as profissionais de enfermagem pesquisadas relataram alguns cuidados que devem ser tomados durante a fototerapia.

[...] a questão também de distanciamento, para não ficar muito próximo ao bebê, tem que ter um certo distanciamento [...] normalmente o correto é você botar a lede mais lateralizada, para evitar que não influencie no superaquecimento do berço aquecido sobre a lede [...] (Depoente 04)

Segundo Araújo et al. (2014b) é de fundamental importância monitorar o distanciamento e as lâmpadas utilizadas durante a irradiância nos aparelhos de

fototerapia, uma vez que, se essas questões não estiverem adequadas, compromete o estado clínico do bebê e conseqüentemente, pode prolongar seu tempo de recuperação, visto que será necessário estender o tratamento por mais dias. Por isso, percebe-se com a fala da Depoente 04, a responsabilidade que é direcionada essas questões.

Outro cuidado importante revelado pelos profissionais de enfermagem durante o tratamento com fototerapia, refere-se ao uso dos óculos de proteção durante a exposição do RNPT de baixo peso a luz de alta intensidade, conforme explicitam os trechos a seguir.

[...] digo que tem que está colocando óculos de proteção para não está afetando a visão [...] (Depoente 04)

[...] colocado óculos também, é orientado também quanto aos óculos de proteção, muito importante [...] (Depoente 11)

Orienta a mãe, não deixar sem óculos porque o raio pode dar problema na visão [...] (Depoente 12)

A proteção dos olhos durante a fototerapia é uma intervenção de extrema importância, uma vez que estudos revelaram que o envelhecimento precoce da retina é decorrente da exposição à luz (CASTRO et al., 2012). De acordo Negré (2010), para a prevenção da degeneração da retina é indispensável a proteção ocular para oclusão total dos olhos durante todo o período de exposição a luz de alta intensidade.

Segundo Gonçalves et al. (2016), se o RN tiver contato prolongado com os raios provenientes da fototerapia, pode levar ao ressecamento da córnea, deslocamento da retina, visto que a vascularização do sistema ocular do RNPT de baixo peso é imatura. Por essa razão, é fundamental o uso dos óculos de proteção.

Entretanto, ao refletir sobre as falas das profissionais de enfermagem sobre o uso da máscara de proteção ocular, percebe-se que elas não mencionaram cuidados importantes dentro dessa vertente, como a maneira de utilizar os óculos, a estimulação da visão do RNPT de baixo peso durante o período em que não estiver exposto a luz e por fim a higienização, visto que infecções oculares como conjuntivites neonatais estão relacionadas ao uso do protetor ocular durante a fototerapia (GONÇALVES et al. 2016).

Segundo Castro et al. (2012), deve ser reprimido o uso de óculos apertado, pois pode gerar uma compressão excessiva, que resultará na diminuição do fluxo

sanguíneo, desencadeando lesão nos olhos e escoriações na córnea. Para evitar a contaminação e para o conforto de bebê, é interessante a realização diária da higiene ocular, assim como, deve-se praticar o estímulo da visão do RNPT de baixo peso afim de obter o desenvolvimento da acuidade visual durante o período de intervalo da exposição à luz.

Destaca-se que, para que o tratamento fototerápico tenha eficácia acentuada é fundamental que toda a superfície corporal do RNPT de baixo peso esteja exposta à luz. Nas falas a seguir, é possível perceber que as participantes do presente estudo, revelam a necessidade dessa exposição.

[...] sempre pedir a mãe quando o bebê estiver na foto não agasalhar ele por mais que ela ache que ele está com frio ou então alguma coisa, a gente tenta orientar ela para que ele fique o máximo de tempo possível na fototerapia, porque quanto mais tempo ele ficar mais rápido vai ser resolvido o problema dele e mais rápido ele vai para casa [...] (Depoente 08)

Ela deixar mais tempo, porque tem mãe que se recusa a deixar, por ele ficar todo despido, elas dizem que eles sentem frio, querem colocar a blusa, colocar uma fralda, a gente orienta que não, que quanto mais despido ela deixar, mais tempo elas deixarem ele na fototerapia mais rápido eles vão sair dali [...] (Depoente 11)

[...] quanto mais tempo o bebê passar na foto, mais rápido ele vai eliminar a bilirrubina do sangue e mais rápido ele vai deixar de usar a fototerapia, que muitas vezes elas não deixam, porque dizem assim: Ah mais ele já ficou muito tempo e ele está com frio [...] (Depoente 12)

De acordo com Santos e Rodrigues (2007), é necessário que o bebê durante a fototerapia, seja exposto apropriadamente devendo estar totalmente despido, para que a maior área corporal seja irradiada pela luz, oportunizando a conversão da bilirrubina em produtos excretáveis. Assim, as profissionais de enfermagem pesquisadas procuram verificar como as mães ou acompanhantes deixam seus bebês exposto à luz de alta irradiância, buscando orienta-los sobre a maneira adequada, ambicionando a potencialização do tratamento fototerápico, bem como, a solução precoce dessa alteração apresentada pelo RNPT de baixo peso.

Ressalta-se que existem discussões na literatura quanto a utilização ou não de fraldas no RN durante a fototerapia. Alguns autores revelam que o bebê deve estar totalmente despido, ou seja, sem fraldas, ampliando a superfície corporal exposta, enquanto que outros afirmam que somente os recém-nascidos prematuros devem

usar fraldas para reduzir as perdas insensíveis, e por fim, alguns orientam o uso de proteção das gônadas em todo RN (GOMES; TEIXEIRA; BARICHELLO, 2010).

O uso intermitente da fototerapia tem se mostrado efetivo, não existindo um limite definido para cada sessão, porém o RN deverá ser retirado da exposição à luz para amamentação, logo, o período em que o bebê é alimentado poderá ser utilizado como intervalo de fototerapia (SILVA; NASCIMENTO, 2006).

É importante destacar que, no que se refere a fototerapia, cabe ao profissional de saúde, em especial o de enfermagem o cuidado de orientar as mães ou acompanhantes no que diz respeito ao monitoramento constante do distanciamento do RN à luz, uso da proteção ocular e a maneira adequada de exposição do bebê durante o tratamento.

Como pode ser observado, a terapia fototerápica pode provocar efeitos adversos, por essa razão, faz-se necessária a adoção de medidas que visem à proteção do RN, como a educação e orientação do cuidador quanto as peculiaridades da fototerapia, ação fundamental para o sucesso da terapêutica, visto que, essas alterações são altamente passíveis de prevenção, se a assistência de enfermagem for eficaz e pautada no conhecimento científico.

4.6 Alterações respiratórias como sinal de alerta

Durante o período neonatal ou nos primeiros meses de vida, o RNPT de baixo peso possui a função pulmonar reduzida, apresentando acentuado risco de síndrome de dificuldade respiratória. Essa imaturidade do sistema respiratório, pode se mostrar nos bebês através de sinais e sintomas, que servem de alerta para que os profissionais de enfermagem atuem frente a essas mudanças, a fim de evitar maiores complicações.

Como as mães ou acompanhantes são os principais aliados desses profissionais, no que tange o cuidado com o RNPT de baixo peso durante o período de internação hospitalar, é imprescindível que eles tenham conhecimentos sobre essas alterações.

[...] com relação a algum sinal de alerta com o RN [...] a gente costuma dar as orientações quanto a coloração. Se tiver cianose, a gente tenta instalar oxímetro de pulso para estar avaliando tudo direitinho [...]

quanto a questão dos sinais de alerta, com a questão da cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal [...] (Depoente 04)

Aqui nesse setor, às vezes a gente orienta, se o bebê está roxinho, se o bebê está roncando, assim com aquela respiração que ronca ou respirando de boca aberta [...] (Depoente 10)

[...] Ó mãezinha o bebê está tomando a medicação, para ficar mais tempo acordado, para evitar dele fazer apneia, apneia é deixar de respirar, se por acaso você vê a mãozinha roxa, o pezinho roxo ou o lábio, aí você chama [...] (Depoente 12)

[...] se o bebê faz cianose, as vezes o bebê prematuro, ele tende a fazer apneia, para ela está sempre observando o movimento do tórax do bebê [...] (Depoente 14)

Segundo Romaneli et al. (2010), a mudança na coloração da pele, seja cianose ou palidez, apneia central ou obstrutiva e modificações no tônus muscular (hipotonia), são alterações frequentes entre os lactentes, normalmente cursando com evolução benigna, entretanto, não deve ser descartado o risco de mortalidade subsequente e por isso, merecem atenção especial.

Para o MS, conhecer e interpretar as alterações respiratórias que aparecem no RNPT de baixo peso, é primordial para definir o momento mais adequado de iniciar a intervenção terapêutica. Esses sinais podem ser identificados principalmente, por meio da inspeção do bebê, observação do seu padrão respiratório (taquipnéia, apneia e respiração periódica), trabalho respiratório (batimentos de asas nasais, gemido expiratório, head bobbing e retrações torácicas) e coloração (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, os enfermeiros, através de uma observação aguçada e detalhada proveniente do exame físico facilmente detectam esses sinais, e ainda possuem capacidade de planejar e avaliar ações, relacionando os dados obtidos com o quadro clínico do RNPT de baixo peso para analisar desvio de anormalidade. Estes profissionais realizam os diagnósticos de enfermagem objetivando uma assistência adequada e específica a esses bebês.

Segundo o MS, os sinais de alerta para pausas respiratórias e apneias do bebê devem reforçadas pelas equipes médica e de enfermagem (BRASIL, 2013). Como pode ser observado nos relatos anteriores das profissionais de enfermagem pesquisadas, são ressaltadas as mães ou acompanhantes, características individuais que configuram as alterações respiratórias, permitindo-os conhecer melhor o bebê, bem como, reforçar suas competências.

Ressalta-se que muitas vezes, o aparecimento da apneia pode estar vinculado ao estresse comum nos recém-nascidos, tornando-os instáveis fisiologicamente. Esse desequilíbrio é capaz de provocar um aumento das demandas calóricas do RNPT de baixo peso, tornando mais laborioso o ganho de massa corporea, além de comprometer seu desenvolvimento neurológico, uma vez que, acarretará em degradação do crescimento e maturação cerebral (TAMEZ; SILVA, 2009). Assim, cabe uma avaliação minuciosa por parte da equipe de enfermagem para que seja identificada a verdadeira causa das alterações respiratórias.

Vale salientar que o aparecimento dessas alterações pode gerar nas mães ou acompanhantes situações de perturbações e apreensão, como pode ser observado nos relatos das profissionais de enfermagem a seguir.

[...] às vezes o bebê faz apneia e elas nem notam, aí quando notam o bebê já está com cianose, aí já é aquela confusão [...] (Depoente 14)

Às vezes quando acontece isso elas já trazem o bebê, já vem gritando e tudo [...] (Depoente 16)

Nesse cenário, a equipe de enfermagem possui uma atribuição importante, visto que a detecção da cianose é subjetiva, ou seja, está no olho do observador por não existir um exame específico que diagnostique essa alteração. Partindo desse pressuposto, as profissionais de enfermagem, uma vez que possuem experiências e detectam com mais precisão o aparecimento da cianose, devem emponderar as mães ou acompanhantes a identificarem o surgimento dessa alteração na coloração da pele, explicando o que é, como, e de que forma pode surgir.

A apreensão das mães ou acompanhantes pode ser minimizada por meio do conhecimento, visto que, às vezes elas se assustam com o aparecimento dessas manifestações que podem comumente surgir em prematuros durante a internação hospitalar, por receio do risco de morte do bebê. Por isso, é primordial que sejam alertados quanto a esse evento, que pode ser usual, e que não há necessidade de pânico, mas o posto de enfermagem deverá ser comunicado.

Diante dessa problemática, é imprescindível que as profissionais de enfermagem fiquem atentas ao surgimento dessas alterações respiratórias, visto que embora na maioria das vezes não implique risco na saúde do RNPT de baixo peso, em outras pode ter relevância e elas estarão prontas para intervenção. Essa precaução pode diminuir o número de procedimentos dolorosos e estressantes,

fundamentais para o adequado bem-estar do prematuro, que necessita de uma organização comportamental para o seu desenvolvimento neurológico.

4.7 Realização de prescrições médicas e de enfermagem

O RNPT de baixo peso, em virtude da imaturidade de seus órgãos apresenta múltiplas morbidades, necessitando de cuidados em saúde diferenciados e intensivos. Por essa razão, esses bebês são expostos a um acentuado número de prescrições. As profissionais de enfermagem pesquisadas, revelaram empenho na execução dessas prescrições.

As medicações que são prescritas pelos médicos, a gente segue, pelo menos a gente tentar seguir rigorosamente as dosagens e o horário para que não quebre o esquema para que ele consiga logo debelar infecção ou o problema que ele esteja [...] (Depoente 08)

[...] E faz a medicação no horário... faz tudo para estar próximo realizando todas as condutas prescritas [...] (Depoente 10)

[...] tem algum exame para fazer, tem algumas medicações que precisam ser feitas, tipo fazer logo as vacinas. Então, tentar agilizar tudo relacionado a essas questões [...] (Depoente 14)

Os medicamentos são reconhecidos, em sua maioria, como eficazes, minimizando sofrimentos por diminuir a dor ou curar pessoas, entretanto, quando utilizados de maneira incorreta, podem representar riscos à saúde. A administração de medicamento é considerada uma das maiores responsabilidades da equipe de enfermagem, o que estimula esses profissionais ao exercício do referido procedimento de modo adequado e seguro aos pacientes, buscando prevenir e evitar as possíveis ocorrências dos erros de medicação. A prevenção do erro assegura ao paciente o direito à assistência livre de danos e propicia o cuidar seguro, embora nem sempre os erros provoquem consequências, mas em alguns casos podem gerar no paciente, graves lesões, incapacidade e morte (ROCHA et al., 2015).

Diante da importância da administração de fármacos para curar doenças, os profissionais de enfermagem pesquisados buscam seguir o horário prescrito. De acordo com Cabrera (2015), pesquisadores concluíram que um fármaco tem eficácia mais ou menos acentuada dependendo do horário em que é administrado, visto que o organismo humano reage de maneira distinta conforme o período do dia. De

maneira geral, os medicamentos prescritos correspondem as suas indicações e são empregados objetivando repercussões positivas, assim devem ser administrados conforme a prescrição para obtenção de melhores resultados.

Destarte, o atraso da medicação pode reduzir sua eficácia, bem como, provocar efeitos colaterais que influenciam diretamente na saúde do RNPT de baixo peso, resultando em um aumento do período em que necessitará do remédio, por conseguinte o tempo de internação hospitalar será prolongado.

Para subsidiar a assistência de enfermagem, a equipe possui a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que constitui uma importante estratégia na identificação do processo saúde e doença, por se tratar de ações organizadas e registradas que proporcionam segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia, fundamentais para o cuidado e recuperação do RNPT de baixo peso (CHAVES et al., 2016). Como pode ser observado na fala da Depoente 06, as profissionais de enfermagem fazem uso da SAE para assistência desses bebês de risco.

Também fazemos a sistematização da assistência, justamente para gente prever os diagnósticos de enfermagem e intervenções. Para que esse cuidado seja integral... Ele tem uma continuidade [...] (Depoente 06)

Vale destacar, que a UCINCa da maternidade em que ocorreu a pesquisa, possui um impresso da SAE para facilitar a sua realização. Nesse contexto, as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas a ajudar o RNPT de baixo peso na transição do hospital para o domicílio, portanto, direciona-se principalmente aos critérios de alta hospitalar como, o bebê ter ganho de peso ascendente na última semana que antecede a sua saída do hospital, pesar no mínimo 1.700 g, não estar de sonda orogástrica, ter capacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração espontaneamente e manter seus parâmetros fisiológicos estáveis.

Além disso, a SAE proporciona ao RNPT de baixo peso o cuidado holístico, fundamental para o seu desenvolvimento, uma vez que possibilita a prevenção do estresse e a estimulação indesejada, que estão diretamente ligadas a modificações nas respostas comportamentais e fisiológicas do bebê. Desse modo, a equipe de enfermagem deve realizar avaliações rigorosas e progressivas em relação ao plano de cuidado do RNPT de baixo peso, verificando sua eficácia para efetivação da alta

hospitalar, bem como, a continuidade do cuidado no domicílio (OTAVIANO; DUARTE; SOARES, 2015).

Destaca-se que a equipe de enfermagem não cuida somente do RNPT de baixo peso, mas também dos pais e demais familiares que ali estão à disposição do bebê, para que esses diminuam sua ansiedade e insegurança em relação ao estado de saúde desta criança.

4.8 Folder: cuidados especiais com o bebê prematuro em casa

O folder contemplou os cuidados elencados pelos profissionais de enfermagem durante a realização dos grupos focais, fundamentais para continuidade da assistência à saúde do bebê que nasceu prematuro e com baixo peso. A discussão oportunizou debates voltados para uma série de cuidados relevantes, que resultou na materialização do folder a seguir:

SINAIS DE ALERTA

Se o bebê apresentar febre (mais que 37°C), a pele ficar roxa ou amarelada, não estiver se alimentando, ou estiver sonolento, ou caso você perceba qualquer outra alteração no bebê: **PROCURAR O SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DE SUA CASA.**

ACOMPANHAMENTO

Os bebês devem sair com as consultas agendadas (retorno e com os especialistas);

Aqueles que por alguma razão não foram resistrados, com oito dias devem retornar a maternidade (mesmo setor de internação) para que o bebê seja avaliado. Nessa consulta, é importante que a mãe ou acompanhante não esqueça de levar o resistro de nascimento e todas as folhas de encaminhamento que foram entregues no momento da alta hospitalar, para que as consultas com os especialistas sejam agendadas;

OBS: Não faltar o retorno e as consultas médicas agendadas, pois é importante que o bebê seja acompanhado!

REFERENCIA

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru** – Manual Técnico – 2. ed., 1. reimpr. Brasília, 2013.

ELABORAÇÃO

Enfa. Isabela Maria Magalhaes Sales
(Discente do Programa de Pós-Graduação – UFPI, nível mestrado)

Dra. Silvana Santiago da Rocha
(Enfermeira e Professora do Departamento de Enfermagem)

COLABORAÇÃO

Equipe de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru - Ala D da Maternidade Dona Evangelina Rosa

Cuidados Especiais com o Bebê Prematuro em Casa

APOIO



POSIÇÃO CANGURU

O seu bebê vai ficar junto ao seu corpo, em contato pele a pele (apenas de fralda), na posição vertical junto ao seu peito, unido por uma faixa, avental ou top. Assim, ele vai ficar quietinho.

O que a posição canguru traz de bom?

- Vocês vão ficar mais tempo juntos, aumentando o amor e o carinho;
- O calor do seu corpo aquecerá o bebê;

ATENÇÃO: quando você sentir sono e estiver com o bebê na posição canguru, é importante que coloque ele no berço para que não corra o risco de você machuca-lo. No berço, a cabeça do bebê sempre deverá ficar mais alta que o resto do corpo.

ALEITAMENTO MATERNO

O leite produzido pela mãe é o alimento mais completo para o bebê prematuro, por ter uma quantidade grande de nutrientes, protegendo-o contra desnutrição, infecções, alergias e outras doenças. E ainda ajuda o bebê a crescer e se desenvolver mais rápido.

Quando amamentar meu bebê?

- A quantidade vai depender de quantas vezes ele solicita o peito. Não importa se é no período da noite ou do dia;
- Se o bebê dormir muito, ou seja, passar um período muito longo dormindo, você deve acordá-lo para mamar;

Posso dar água ou outros alimentos ao meu bebê?

- Até que o bebê complete seis meses de vida, deverá tomar apenas leite materno e **não** deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida (chás, água e outros);
- Depois que a criança completar seis meses de idade corrigida é que deverá receber outros alimentos (sopas, papas, frutas, etc.) e bebidas (água, chás, sucos, etc), mantendo a amamentação até os 2 anos de idade;

ATENÇÃO: não se deve dar bicos artificiais (mamadeiras) ou chupetas a crianças amamentadas!

HIGIENE

Importante para evitar a infecção!

Como realizo o banho?

- Antes de iniciar o banho, você deverá reunir todo o material necessário: utensílios de limpeza (sabonete e Xampu

neutros, pomada, etc.), toalha, manta, roupa e fralda;

- Verifique se a água está morninha, testando-a com seus punhos;
- Antes de iniciar o banho, limpe a região íntima do bebê com um pano úmido;
- Procure uma posição confortável e perto da banheira ou bacia e lave bem devagar o rosto do bebê com ele envolto na fralda;
- Depois pode colocar o bebê na banheira, segurando-o, lave a frente do corpo do bebê e depois as costas. Lembre-se, sempre deixar o bumbum por último;
- Por fim enxugue, coloque a fralda e vista a roupa do bebê;

Quando devo realizar a troca de fraldas?

- Sempre que sujar a fralda;
- É importante limpar o bumbum com água e sabonete neutro após o bebê ter feito cocô ou xixi e depois deixar seco para evitar assaduras;
 - Meninos: retraindo levemente a ponta do pipi e limpar;
 - Meninas: abrindo levemente os grandes lábios para limpar dentro, pois pode acumular resto de cocô;

ATENÇÃO: sempre que for pegar no bebê, lave bem as mãos com água e sabão, para evitar que ele adoça

5 CONCLUSÃO

Os recém-nascidos pré-termos de baixo peso, são considerados um problema de saúde pública em decorrência de seus elevados índices de morbimortalidade infantil. Assim, necessitam de cuidados diferenciados e especiais para que sobrevivam, o que se torna desafio à equipe multiprofissional que o assiste, aos pais e demais familiares e para o próprio bebê.

Destaca-se nesses cuidados a equipe de enfermagem, que por constituir os profissionais que convivem diariamente com essas crianças, pais e demais familiares, assumem a postura de cuidador e acolhedor, otimizando o cuidado a esses usuários. Além disso, são responsáveis por assegurar nesse contexto a assistência humanizada, por meio da escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e fomento da autonomia durante todo o ciclo de aplicação do Método Canguru.

O estudo revelou que para que sejam desenvolvidas ações que viabilizem a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao MC, as profissionais de enfermagem necessitaram de estratégias eficientes de cuidados e promoção a saúde, visto que, durante a internação hospitalar na UCINCa, o RNPT de baixo peso permanece com seu acompanhante, que na maioria das vezes é a mãe, e os cuidados requeridos pelo mesmo, em geral é desempenhado por quem o acompanha.

Assim constatou-se que a educação em saúde é uma ferramenta primordial durante o período de internação na unidade neonatal, cabendo a equipe de enfermagem emponderar e capacitar os pais e demais familiares para a responsabilidade do cuidado requerido pelo filho prematuro, por meio da promoção de autoconfiança e ensino.

A relação da equipe de enfermagem com os membros da família do RNPT de baixo peso deve partir do pressuposto que esses profissionais são detentores dos saberes para o desenvolvimento dos cuidados requeridos pelo bebê, porém eles devem respeitar a realidade sociocultural dos usuários, evitando sobrepor estes valores e crenças por ações educativas e assistenciais que entrem em contradição com esta cultura já existente. Esses cuidados de enfermagem na perspectiva transcultural, exerce papel indispensável na inserção da família no método.

Esta pesquisa permitiu desvelar que o MC apresenta inúmeras vantagens, para às mães, familiares e recém-nascidos pré-termos de baixo peso, relacionadas a ações psicoafetivas que estão ligadas diretamente a vivências durante a institucionalização

do método e a experiência de quem participou, quando apoiados adequadamente. Pode-se evidenciar que no tocante da avaliação de sua prática clínica, este método proporciona um melhor desenvolvimento do bebê, bem como, reduz seu tempo de internação hospitalar.

Ressalta-se que as ações desenvolvidas pelas entrevistadas buscavam não só a educação em saúde, mas estimular a ligação entre pais e demais familiares com os RNPT de baixo peso, por representar um fator de relevância na sua recuperação, proporcionando aumento do ganho de peso, estímulo à amamentação e estabilidade dos parâmetros fisiológicos, requisitos primordiais para alta hospitalar.

Sabe-se que após a alta hospitalar, os pais e demais familiares devem estar seguros quanto ao manuseio do bebê, assim, por reconhecer a terceira etapa como aquela que dá continuidade à assistência, exigindo diferentes modos adaptativos de todos os envolvidos, para contribuir com esse processo, foi desenvolvido um folder direcionado a nortear pais e demais familiares para a continuidade dos cuidados dos bebês no domicílio.

Destaca-se que a elaboração desse impresso contou com a participação ativa dos enfermeiros nos grupos focais, permitindo um diálogo acerca da temática que possibilitou apontar os principais cuidados que deveriam compor o folder. Esse impresso será um meio de consulta rápida que poderá vir a contribuir com o cuidado seguro destinado ao bebê que nasceu prematuro.

As ações efetivas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a segunda etapa do MC, constitui um importante avanço na área de neonatologia, por influenciar diretamente no aumento da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termos de baixo peso. Destarte, a enfermagem como ciência possui um importante papel não só nos cuidados assistenciais, mas também na pesquisa, buscando inovações objetivando uma assistência cada vez mais segura e acolhedora.

REFERÊNCIAS

AIRES, L.C.P. **Percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ ou baixo peso e à sua família: Interface com a terceira etapa do Método Canguru.** 2015. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ALBUQUERQUE, C.M. et al. O Método Canguru e a assistência humanizada: concepções maternas. **Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 7, n.4, p. 1718-1721, 2015.

ALMEIDA, T.S.O. et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**, Campina Grande, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013.

ARAÚJO, B. B.M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para ação de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 284-294, 2010.

ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014a.

ARAÚJO, I.J.B. et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia neonatal: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPI.**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 120-124, 2014b.

ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014a.

BARBOSA, A.I.M. **Método Canguru:** conhecimento, crenças e práticas dos enfermeiros. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BOTELHO, S.M. **Representações sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno.** 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru – Manual Técnico – 2. ed., 1. reimpr.** Brasília, 2013.

_____. Ministério da Educação. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Taxa de Mortalidade Neonatal RN 1500-2500g.** Agência Nacional de Saúde Suplementar, v. 1. 01, nov. 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília DF, 12 dez. 2012b.

_____. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria nº 1.130, 05 de agosto de 2015.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança. Diário Oficial da União. Brasília DF, 2015. Brasília, DF, 05 ago. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: Manual técnico 2ºed.** Brasília, 2011c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: Nutrição Infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Brasília): Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

CABRERA, R.M. La cronofarmacología en la respuesta farmacoterapéutica. **Gac Med Bol.**, v. 38, n. 1, p.28-29, 2015.

CARVALHO, A.M.V.G.; ZANGÃO, M.O.B. Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura corporal do recém-nascido. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstétricos.**, n. 14, p. 63-67, 2014.

CASATI, P.S.; OLIVEIRA, C.S.; PAULA, S. Método Mãe Canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos de baixo peso. **UNICiências.**, Cuiabá, v.14, n.1, 2010.

CASSIANO, A.C.M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CASTRO, B.P. **Vulnerabilidades e a saúde do recém-nascido:** contribuições da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro. 2009. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHAVES, R.R.G. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v. 10, n. 4, p. 1280-1285, 2016.

CASTRO, P.S. et al. O conhecimento das mães de recém-nascidos com icterícia neonatal sobre o tratamento fototerápico. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.**, Teresina-Pi, v.5, n.1, p.16-20, 2012.

COSTA, R. et al. Políticas Públicas de Saúde ao Recém-nascido no Brasil: Reflexos para a Assistência Neonatal. **Rev. eletrônica.**, v. 1, n.1, p. 55-68, 2010.

COUTO, F.F.; PRAÇA, N.S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, Brasília v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CUSTÓDIO, Z.A.O. **Redes sociais no contexto da prematuridade:** fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DAMASCENO, J.R. et al. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.14, n. 1, p. 40-46, 2014.

DANTAS, A.L.B. **O sentido do cuidado para mães no método canguru.** 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina.

DELLAQUA, D.C; CARDOSO, F.S. Assistência de enfermagem ao prematuro extremo. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2-18, 2012.

FERNANDES, J.D.; OLIVEIRA, Z.N.P.; MACHADO, M.C.R. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Anais Brasileiros de Dermatologia.**, São Paulo, v. 86, n. 1, p. 102-110, 2011.

FERNANDO, F.S.L. et al. Segurança do paciente: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 894-902, 2016.

FERREIRA, N.A.E.; SOUZA, M.C.M.R. O Método Mãe Canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **NBC- Periódico Científico do Núcleo de Biociências.**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2011.

FIOCRUZ; COFEN. Perfil da Enfermagem no Brasil [Internet]. Brasília, FIOCRUZ; COFEN, 2013. [acesso em 17 nov. 2016]. Disponível em; <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GALVAN, L. et al. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **Arq Catarin Med.**, v. 42, n. 3, p. 47-53, 2013.

GOLÇALVES, P.A. et al. Cuidados oculares ao recém-nascido sob fototerapia: conhecendo a prática de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 7, p. 2386-2394, 2016.

GOMES, N.S.; TEIXEIRA, J.B.A, BARRICHELLO, E. Cuidados ao recém-nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Uberaba-MG, v. 12, n. 2, p. 337-41, 2010.

HECK, G. M.M. et al. Compreensão do sentimento materno na vivência do Método Canguru. **Rev Enferm UFSM.**, v. 6, n. 1, p. 71-83, 2016.

HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V.C, RIBEIRO, I.M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Revista Ciência & Saúde.**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2-8, 2012.

INOCÊNCIO, P.R. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais.** 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

KOHLER, C.V.F.; HERNANDEZ, A.R.; SOUZA.; K.V. Proteção à prática da amamentação no mundo e no Brasil: o marketing de produtos que competem com a amamentação e os instrumentos legais para regulação das práticas comerciais abusivas. **Proenf Saúde Materna e Neonatal.**, v. 3, n.1, p. 77-118, 2011.

LELIS, B.D.B. **O acolhimento materno no contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança.** 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LINHARES, E.F. **Influência intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfaces com os cuidados profissionais.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

LINS, J.F.A.B.A. **Qualidade de vida relacionada à saúde de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso no primeiro ano pós-termo.** 2014. 108 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCHESI, B M.; BERETTA, M.I.R.; DUPAS, G. Tratamento com fototerapia: a vivência das mães. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 245-254, 2009.

MAIA, J.A. et al. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Enfermagem em Foco.**, v. 2, n. 4, p. 231-234, 2011.

MARCH OF DIMES. et al. **Born too soon: the global action report on preterm birth.** Edited by Howson CP, Kinney M, Lawn JE. Geneva: World Health Organization, 2012.

MARCIANO, R.P. **A construção do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce.** 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiânia, Goiânia.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.L. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 20

MEDEIROS, A. M. et al. Intervenção fonoaudiológica na transição alimentar de sonda para peito em recém-nascidos do Método Canguru. **Audiol Commun Res.**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2014.

MEDEIROS, E.S. et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **J Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2011.

MEDEIROS, F.B.; PICCININI, C.A. Relação pai-bebê no contexto da prematuridade: gestação, internação do bebê e terceiro mês após a alta hospitalar. **Estudos de Psicologia.**, Campinas, v. 32, n. 3, p. 475-485, 2015.

MEDEIROS, J.S.; MASCARENHAS, M.F.P. Banho Humanizado em recém-nascido prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-60, 2010.

MENDONÇA, L.B.A. et al. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimentos da equipe de enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 11, n. especial, p. 178-185, 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIRANDA, J.O.F. et al. Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 821-829, 2016.

MOREIRA, L.M.C. et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 22, n. 7, p. 48-55, 2012.

NEGRÉ, G.R.L. **Desenvolvimento e avaliação do recurso educacional multimídia sobre fototerapia para orientação da família.** 2010. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

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. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 48-54, 2010.

NUNES, T.S; GOMES, S.R. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao recém-nascido prematuro submetido à nutrição enteral. **Revista Interdisciplinar do Pensamento científico.**, v. 2, n. 1, p. 10-21, 2016.

OLIVEIRA, M.C. et al. Método Canguru: percepções das mães que vivem a segunda etapa. **Fundam. Care. Online.**, v. 7, n. 3, p. 2939-2948, 2015a.

OLIVEIRA, C.S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. especial, p. 16-23, 2015b.

OLMEDO, M.D. et al. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termos submetidos ao Método Mãe Canguru e a posição prona. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 115-121, 2012.

OTAVIANO, F.P; DUARTE, I.P; SOARES, N.S. Assistência de enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). *Rev. Saúde em foco.*, Teresina, v. 2, n. 1, p. 60-79, 2015.

PAIVA, C.V.A. et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: Dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 924-93, 2013.

PEREIRA, L.B. et al. Vivência materna frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 55-63, 2015.

PONTES, L.C. et al. Produção de conhecimento sobre o método canguru. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.**, Teresina, v. 5, n. 1, p. 61-67, 2012.

QUEENAN, J.T. **Gestação de Alto Risco: diagnósticos baseados em evidências**, tradução: Raynsa Galvão e Sergio H. Prezzi, Porto alegre: Artmed, 2010.

QUEIROZ, N.A.; MARANHÃO, D.G. Ações e cuidados de enfermagem na implementação do Método Mãe Canguru. **Rev. EnfermUNIVISA.**, n. 13, v. 2, p. 121-125, 2012.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para a prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

ROCHA, F.S.R. et al. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. **Revista Unimontes Científica.**, Montes Claros, v. 17, n. 1, p. 76-85, 2015.

ROCHA, S. S.; DANTAS, A. L. B.; LINO, F.S. Método Canguru e alojamento conjunto: construindo um cuidado integral. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; MORAIS, S.C.R.V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. P. 9-28. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 4)

ROLIM, K.M.C. et al. Cobertura de polietileno para a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido. **Revista de Enfermagem Referência.**, Fortaleza, v.5, n.6, 2015.

ROMANELI, M.T.N. et al. Fatores associados ao óbito em lactentes com ALTE. **Jornal de Pediatria.**, v. 86, n. 6, p. 515-519, 2010.

ROSA, J. *et al.* Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. **Revista de Enfermagem FW.**, v. 8, n. 8, p. 154-165, 2012.

SANTANA, J.C.B. et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enfermagem Revista.**, v. 16, n. 01, p. 34-48, 2013.

SANTOS, E.K.A. Aleitamento Materno e Alimentação complementar. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; KALINOWSKI, C.E; OLIVEIRA, M.E; RIBEIRO, N.R.R., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente, ciclo 1, módulo 1, 2007.

SANTOS, I. **Realização da primeira higienização do recém-nascido pela equipe de enfermagem em um hospital no interior do Rio Grande do Sul.** 2012. 41 f. Monografia (Curso de Enfermagem) – Centro Universitário Univates, Lajeado – Rio Grande do Sul.

SANTOS, I.M.M.; RODRIGUES, V.A. A desinformação das mães sobre a fototerapia: Uma contribuição para enfermagem. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 25-3, 2007.

SANTOS, R.C.K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R.F. Puericultura e a atenção á saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development.**, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.

SASSÁ, A.H. *et al.* Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 492-498, 2014.

SCARABEL, C.A. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e a internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica.** São Paulo. 2011. 198f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SERRANO, M.X.M. **Satisfação do profissional de saúde da equipe multidisciplinar envolvida no Método Mãe Canguru.** 2012. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SESAPI – Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. Governo do Estado do Piauí. **MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa.** Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/mder.asp>>. Acesso em 14 jun 2015.

SILVA, A.R.E.; GARCIA, P.N.; GUARRIGLIA, D.A. Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Revista Hórus.**, v. 7, n. 2, 2013.

SILVA, C.M.S. *et al.* Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **O Mundo da Saúde.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 279-286, 2015b.

SILVA, J.R.; THOMÉ, C.R.; ABREU, R.M. Método Mãe Canguru nos hospitais/ maternidades públicas de Salvador e a atuação dos profissionais de saúde na segunda etapa do método. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 3, p. 522-533, 2011.

SILVA, J.R.S.; ASSIS, S.M.B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas no distúrbio do desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie CCBS. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVA, L.G.; ARAÚJO, R.T.; TEIXEIRA, M.A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em uma unidade neonatal: perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v. 14, n. 3, p. 634-643, 2014.

SILVA, L.J. et al. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 2015a.

SILVA, M.P.G.; NASCIMENTO, M.J.P. Fototerapia no tratamento das hiperbilirrubinemias neonatais. **Rev Enferm UNISA.**, v. 7, p. 44-7, 2006.

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade. DATASUS, TABNET 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>. Acesso em 14 novembro 2016

SINASC – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. DATASUS, TABNET 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em 14 novembro 2016

SOUSA, A.L.G. et al. Fatores determinantes para o nascimento de neonatos de baixo peso internados pelo método canguru. **Revista Interdisciplinar.**, v. 9, n.1, p. 24-33, 2016.

SOUTO, D.C. et al. Método Canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa de literatura nacional. **Ciências & Saúde.**, Porto Alegre, v. 7, n, 1, p. 35-46, 2014.

SOUZA, L.P.S. et al. Método Canguru: Percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 374-380, 2014.

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções Maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

STELMAK, A.P. **Alogaritmo de cuidado de enfermagem fundamentados no Método Canguru**: uma construção participativa. 2014. 207 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

TAMEZ, R.N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro**, UTI neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. Florianópolis: Insular; 2004.

UNICEF BRASIL. Consultoria: Para estimar a prevalência de nascimentos pré-
termos no Brasil e explorar as possíveis causas [internet]. Brasília: Unicef Brasil,
2013. [acesso em 23 ago. 2016]. Disponível em;
http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf

UNICEF BRASIL. The BabyFriendly Hospital initiative [Internet]. New York: UNICEF;
2014 [cited 2016 Mar 07]. Available from:
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

WALTY, C.M.R.F.; DUARTE, E.D. Atuação do enfermeiro no apoio e nas
intercorrências mamárias na amamentação. In: Associação Brasileira de
Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricas; SILVA,
A.I.; SOUZA, K.V.; SOUZA, I.E.O.; organizadoras. PROENF Programa de Atualização
em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: ciclo 2. p. 93-122, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE A
Roteiro de Entrevista Semiestruturado**

Título da Pesquisa: Alta do recém-nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem

Data da entrevista ___/___/___

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- a) Formação _____
- b) Tempo de atuação da UCINCA (Ala D) _____
- c) Recebeu algum treinamento específico para atuar no setor? () SIM () NÃO

2 - PERGUNTAS

- a) Que estratégias o sr. (a) utiliza para viabilizar a alta do recém-nascido?
- b) Como percebe o envolvimento dos pais e demais familiares para concretização da alta? Fale sobre isso.
- c) O que espera que os pais tenham aprendido como competências e habilidades para cuidar do recém-nascido em casa? Fale sobre suas ações para viabilizar isso.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B
Roteiro para o Grupo Focal**

Pesquisa: Alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem.

Orientadora: Profa. Silvana Santiago da Rocha

Discente: Isabela Maria Magalhães Sales

1 Grupo focal

O grupo focal é uma dentre as várias modalidades de entrevistas disponíveis por meio de grupos. Nesse caso, a coleta de informações ocorrerá diretamente através da fala das pessoas que constituíram o grupo, relatando suas experiências e percepções em torno do tema que foi abordado (SILVA; ASSIS, 2010).

1.1 Objetivo

- Elaborar um folder explicativo direcionado a nortear pais e familiares para a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru;

2 Tópico a serem discutidos

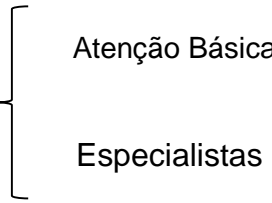
2.1 Posição Canguru

- Regulação da temperatura
- Vínculo

2.2 Aleitamento Materno

- Exclusivo até os seis meses
- Introdução de outros alimentos
- Uso de mamadeira e chupeta

2.3 Acompanhamento

- Consultas 
- Vacinas
- Exames

4 Higiene

- Orientações de como realizar o banho
- Prevenção de assaduras
- Prevenção de infecções

5 Sinais de alerta



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO A
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título do estudo: Alta Hospitalar do Recém-Nascido Submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Local da coleta dos dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadores participantes: Isabela Maria Magalhães Sales

Telefone para contato: (86) 3221-9687

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de forma **voluntária**, sua participação implica na entrevista e posteriormente no grupo focal que permitirá a discussão de questões essenciais que envolve a temática da alta do recém-nascido. Antes de sua aceitação é importante que compreenda as informações e instruções contidas nesse documento. Os princípios aplicados a todos os participantes dessa pesquisa serão: participação totalmente **voluntária**, onde o senhor (a) poderá **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar e após ler todo o documento poderá fazer qualquer questionamento objetivando sanar suas dúvidas, cabendo ao pesquisador esclarecê-las.

Justificativa do Estudo: sabe-se que o percentual de mortalidade entre os bebês prematuros e/ ou de baixo peso ainda é acentuado até o primeiro ano de vida,

sendo fundamental que os profissionais de saúde conheçam todo o processo desde a internação até a alta, para que possam discutir novas estratégias que ofereçam suporte necessário aos recém-nascidos, mães e familiares e a garantia do retorno seguro ao seu lar, bem como a continuidade do cuidado. A expectativa é que esta pesquisa possa gerar informações úteis, de modo que possam auxiliar no processo de discussão e estudo da temática e no elencar de estratégias que viabilizem a diminuição das vulnerabilidades às condições crônicas dos recém-nascidos que nascem prematuramente e com baixo peso.

Objetivos do estudo: Analisar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem que contribuem para viabilizar a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru; Descrever como os profissionais de enfermagem contribuem para a garantia do cuidado domiciliar após a alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru; Elaborar um folder explicativo direcionado a nortear pais e familiares para a continuidade do cuidado dos recém-nascidos no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru;

Procedimentos: será uma pesquisa qualitativa, em que a pesquisadora responsável realizará uma entrevista com você objetivando saber como viabiliza a alta do recém-nascido submetido ao Método Canguru. Para obter essas informações, será utilizado um roteiro com perguntas que irá ser direcionado a você e suas respostas serão gravadas. Posteriormente a entrevista individual, você será convidado a participar de um grupo focal, onde ocorrerão através de encontros previamente agendados. A formação do grupo focal terá finalidade de socializar as informações acerca das lacunas encontradas pelos profissionais de enfermagem no que se refere a preparação das mães para alta do RN do MC, afim de elaborar um folder explicativo que direcione as mães, pais e familiares a desempenharem o cuidado ao RN de forma segura no seu domicílio. Os dados da pesquisa serão posteriormente divulgados a fim de produzir conhecimento científico para a comunidade em geral, mas o seu nome permanecerá preservado. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas na resposta as perguntas do roteiro de entrevista e na participação no grupo focal.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática abordada visando contribuir com os profissionais de enfermagem que atuam na área

para elaboração e implementação de ações/práticas que atendam as necessidades específicas, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, afim de favorecer um melhor prognóstico aos bebês prematuros e de baixo peso.

Riscos: Sua participação nessa pesquisa não trará nenhum risco de ordem física. Algumas perguntas poderão causar constrangimento, entretanto objetivando reduzir esse desconforto, antes do início das entrevistas os participantes serão sensibilizados que a entrevistadora não julgará suas respostas e discussões grupo. Os (as) participantes serão assegurados de que a utilização dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas pelos participantes terão o sigilo e a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os (as) participantes da pesquisa não serão identificados em nenhuma das fases da pesquisa, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina _____ de _____ de 201____

Assinatura

Nº Identidade



Pesquisadora Responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI Tel.: (86) 3237-2332 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/ce



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO B
Carta de Aceitação do Comitê de Ética e Pesquisa**

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Alta do Recém-Nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem		
Pesquisador: silvana santiago da rocha		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 51896115.2.0000.5214		
Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.431.180		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Alta do Recém-Nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem, que tem como pesquisador responsável silvana santiago da rocha.		
Na contextualização da pesquisa a pesquisadora informa que "Aproximadamente 20 milhões de crianças nascem em períodos extemporâneos e com baixo peso, é importante ressaltar que, um terço dessas crianças que nascem nessas condições de prematuridade e baixo peso morrem antes de completar o primeiro ano de vida. Em virtude da prematuridade, os sistemas respiratório, circulatório e gastrointestinais são imaturos, de modo que os recém nascidos possuem necessidades diferenciadas de assistência e acompanhamento. Ambicionando a garantia da sobrevivência e da qualidade de vida do recém-nascido de risco, foi implementado o Método Canguru, que é um tipo de assistência em neonatologia que permite o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recémnascido de baixo peso, através de uma sustentação que envolve o bebê na posição vertical junto ao peito da mãe".		
Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa		
Bairro: Ininga		
UF: PI		
Município: TERESINA		
CEP: 64.049-550		
Telefone: (66)3237-2332		
Fax: (66)3237-2332		
E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br		

Página 01 de 04



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.431.180

Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	15/12/2015 09:31:22	silvana santiago da rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf	15/12/2015 09:30:40	silvana santiago da rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	15/12/2015 09:30:14	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	11/12/2015 13:24:29	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	11/12/2015 13:20:31	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_da_Pesquisadora.pdf	11/12/2015 13:19:45	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	11/12/2015 13:18:34	silvana santiago da rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/12/2015 13:13:15	silvana santiago da rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/12/2015 16:47:16	silvana santiago da rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/12/2015 16:42:36	silvana santiago da rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	03/12/2015 16:40:02	silvana santiago da rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 01 de Março de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)


Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Proespq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

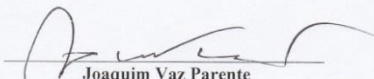
ANEXO C
Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da MDER



Maternidade Dona Evangelina Rosa
A VIDA COMEÇA AQUI C.N.P.J. 06.553.564/0106-05

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA / MDER.

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, “ALTA DO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO MÉTODO CANGURU: CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM” e de seu compromisso no resguardado da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Joaquim Vaz Parente
 Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa

Maternidade Dona Evangelina Rosa
 Av. Higino Cunha, 1552 – Cristo Rei
 (86) 3228-1053 – 64014-220 – Teresina – PI



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO D
Termo de Confidencialidade**

Título do estudo: Alta Hospitalar do Recém-Nascido Submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Local da coleta dos dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa

Pesquisadores participantes: Isabela Maria Magalhães Sales

Tel: (86) 3221-9687

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevista. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina-PI, 11 de dezembro de 2015.

Silvana Santiago da Rocha

Pesquisador Responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO E
Declaração das Pesquisadoras

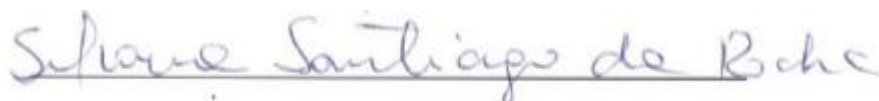
Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Universidade Federal do Piauí

Nós, Silvana Santiago da Rocha e Isabela Maria Magalhães Sales, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada “**Alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem**”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o (s) objetivo (s) previsto (s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Silvana Santiago da Rocha da área de saúde/enfermagem da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;

- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 15 de dezembro de 2015



Silvana Santiago da Rocha – 226.374.943-87

Isabela Maria Magalhães Sales – 049.606.693-57



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA, BAIRRO ININGA,
TERESINA, PIAUÍ, BRASIL, CEP 64049-550, TELEFONE (086) 3215-5558**

ANEXO F

Carta de Encaminhamento a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Teresina, 15/12/2015

Ilma Sra.

Profa. Msca. Adrianna de Alencar Setubal Santos.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Cara Profa.,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado **“Alta hospitalar do recém-nascido submetido ao Método Canguru: contribuições da enfermagem”**, para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- Que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- Que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- Que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- Que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- Que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI.

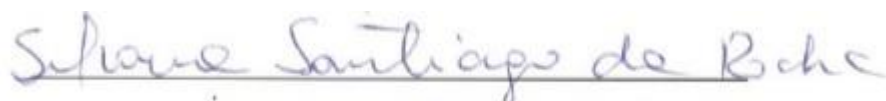
Atenciosamente,

Pesquisadora responsável

Nome: Silvana Santiago da Rocha. CPF:226.374.943-87.

Instituição: Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Área: Saúde. Departamento: Enfermagem.

A handwritten signature in blue ink that reads "Silvana Santiago da Rocha". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Assinatura do pesquisador responsável