

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MIRIAM MICHELLE VEOLZ**

**PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS ASSISTIDOS COM O MÉTODO  
CANGURU EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

**MIRIAM MICHELLE VEOLZ**

**PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS ASSISTIDOS COM O MÉTODO  
CANGURU EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul como requisito parcial para a obtenção  
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Norma  
Wagner Mendes

**PORTO ALEGRE**

**2015**

## AGRADECIMENTOS

Á Deus em primeiro lugar, por ter me abençoado com pais que me educaram com muito amor e dedicação, me ensinando a ser persistente.

Aos meus pais, Milton Veolz e Vanilda Veolz, que sempre acreditaram em meus sonhos e me dão suporte em todos os momentos.

Ao meu irmão Renato Luiz Veolz e cunhada Ana Luiza Veolz, pelas palavras de incentivo.

A todos os professores que contribuíram ao longo da graduação, partilhando de seus conhecimentos e experiências.

Um obrigado em especial a minha orientadora, Eliane Norma Wagner Mendes, por seu auxílio durante a realização deste trabalho, mas principalmente por sua paciência, amizade e tranquilidade que tornaram esta etapa final mais leve.

“Imagine uma nova história para sua vida e acredite nela.”

Paulo Coelho

## RESUMO

**Introdução:** A cada ano nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros e mais de um milhão de crianças morrem em decorrência de complicações da prematuridade. Estima-se que o Método Canguru, baseado no contato pele-a-pele e apoio a amamentação reduz o tempo de internação, melhora o relacionamento da família com a equipe, podendo salvar até 450 mil bebês a cada ano. **Objetivo:** Descrever o perfil dos recém-nascidos prematuros, nascidos e hospitalizados em um hospital universitário, assistidos pelo Método Canguru. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo. Amostra constituída de 80 recém-nascidos prematuros, internados na Unidade de Internação Neonatal, expostos ao Método Canguru até a alta hospitalar no período de outubro de 2014 a junho de 2015. Dados obtidos em consulta aos prontuários, registrados em banco de dados e analisados conforme estatística descritiva. **Resultados:** Ao nascer, idade gestacional média de 33 sem (DP=2,3), peso nascimento médio de 1.758g (DP=397,6). Mediana de internação de 28 (16-43) dias. Suporte respiratório em 65% da amostra e uso de nutrição parenteral em 83,8%. Mediana de presença dos pais de 25 (13-34) dias. Mediana posição canguru 8 (2-13) dias. Mediana de idade de início de aleitamento materno de 12 (3–25) dias. Aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar de 20%. Peso médio na alta hospitalar de 2.405g (DP=458,5). **Conclusões:** Os recém-nascidos prematuros desta amostra são vulneráveis em relação à idade gestacional e ao peso de nascimento, permanecendo um terço de sua internação na Unidade de terapia intensiva neonatal. Constataram-se pais presente, prestando cuidados a seus filhos e posição canguru pouco realizada. Reforça-se a necessidade de atenção ao seguimento da metodologia canguru e novos estudos que identifiquem possíveis barreiras na adoção da posição canguru contribuindo com o vínculo pais/bebe e com o aleitamento materno exclusivo.

**Palavras – chave:** Enfermagem Pediátrica. Método Canguru. Recém-Nascido Prematuro.

## ABSTRACT

**Introduction:** Every year are born about 15 million premature infants and more than one million children die from complications of prematurity. It is estimated that the Kangaroo method, based on skin-to-skin contact and support breastfeeding reduces the length of stay, improve family relationship with the team and could save up to 450,000 babies each year.

**Objective:** To characterize the profile of born preterm newborns and hospitalized in a university hospital, who received kangaroo care method. **Method:** A descriptive, retrospective study quantitative. Sample of 80 premature newborns admitted and included in the Kangaroo Care to the hospital from October 2014 to June 2015. Data from hospital records recorded in a database and analyzed as descriptive statistics. **Results:** At birth, average gestational age of 33 (DS= 2.3) weeks, birth weight average of 1758g (DS= 397.6). Hospitalization median of 28 (16-43) days. Respiratory support in 65% of the sample and the use of parenteral nutrition in 83.8%. Parent's presence of a median of 25 (13-34) days; Median kangaroo position 8 (2-13) days. Breastfeeding early age median of 12 (3-25) days. Average weight at discharge from 2.405g (DS= 458.5). **Conclusions:** Premature newborns this sample are vulnerable in respect to gestational age and birth weight, remaining one third of the total hospital stay in the Neonatal Intensive Care Unit. They found themselves parents present, providing care to their children, but the kangaroo position has underachieved. It reinforces the need for attention to the kangaroo methodology segment and further studies to identify possible barriers to adoption of the kangaroo position contributing to the bond parents / newborn and the breastfeeding.

**Key - words:** Pediatric Nursing. Kangaroo Care. Infant Premature.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Formação da amostra final .....	20
Tabela 1 – Antecedentes maternos dos RNPT.. .....	22
Tabela 2 – Antecedentes da gestação, parto e nascimento dos RNPT. ....	23
Tabela 3 – Antropometria dos RNPT ao nascimento, na alta e crescimento ponderal diário...24	
Tabela 4 – Variáveis de internação dos RNPT.....	25
Tabela 6 – Alimentação na alta hospitalar. ....	27

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO:</b> .....	9
<b>2 OBJETIVO</b> .....	11
2.1 Objetivos específicos.....	11
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	12
3.1 Método Canguru.....	12
3.2 Vantagens do Método Canguru .....	14
3.3 Método Canguru no Brasil .....	15
<b>4 MÉTODO</b> .....	17
4.1 Tipo de estudo .....	17
4.2 Campo do estudo .....	17
4.2.1 Metodologia Canguru no campo de estudo .....	17
<b>4.3 População</b> .....	19
4.4 Cálculo da amostra .....	19
4.5 Critérios de inclusão e exclusão .....	19
4.6 Formação da Amostra.....	19
4.7 Coleta de dados.....	20
4.8 Análise de dados.....	21
4.9 Aspectos éticos .....	21
<b>5 RESULTADOS</b> .....	22
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33
<b>APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados em prontuário</b> .....	37
<b>ANEXO A – Ficha de acompanhamento semanal Método Canguru</b> .....	39
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem</b> .....	40
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA</b> .....	41
<b>ANEXO D – Termo de compromisso para utilização de dados</b> .....	42
<b>ANEXO E– Termo de compromisso para utilização de dados institucionais</b> .....	43

## LISTA DE SIGLAS

AME – Aleitamento Materno Exclusivo.

C – Comprimento.

CIA – Comunicação interatrial.

CIV – Comunicação interventricular.

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure.

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

IG – Idade Gestacional.

NE – Nutrição enteral.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PCA-Persistência do canal arterial.

PC – Perímetro Cefálico.

RN – Recém-Nascido (s).

RNBP – Recém-Nascido de Baixo Peso.

RNPT – Recém-Nascido(s) Prematuro (s).

SM – Seio materno.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UIN – Unidade de Internação Neonatal.

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal.

UCINco –Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional.

UCINca – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru.

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

VM – Ventilação mecânica.

VO – Via oral.

WHO – World Health Organization.

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## 1 INTRODUÇÃO:

A prematuridade constitui-se num problema de saúde pública global, como causa de morte de RN no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuramente todos os anos e mais de um milhão de crianças morrem a cada ano em decorrência de complicações da prematuridade (WHO, 2012). O Brasil é o décimo país no mundo com maior número de nascimentos pré-termo, com uma prevalência 9,2% (MATIJASEVICH et al., 2013).

Todo recém-nascido é vulnerável, porém os bebês prematuros e de baixo peso são muito mais, visto que necessitam de cuidados especiais para permanecerem vivos. Logo após o nascimento com a separação de seus pais, o que deveria ser uma ocasião de felicidade se transforma em tristeza, angústia e medo do desconhecido (STIKES; BARBIER, 2013). Os avanços obtidos na área da neonatologia e da modernização das unidades neonatais através da soma de recursos humanos de qualidade e da alta tecnologia especializada têm resultado em significativa redução da mortalidade de recém-nascidos prematuros (SANTANA et al., 2013).

À medida que a sobrevida dos recém-nascidos prematuros aumenta, torna-se essencial encontrar formas de melhorar os resultados de seu desenvolvimento e qualidade de vida (MAGUIRE et al., 2007). Sabe-se que, na atualidade, o adequado desenvolvimento dessas crianças é obtido por meio do equilíbrio e do suporte às necessidades biológicas, ambientais e familiares. A partir desses pressupostos surge o Método Canguru, um modelo de assistência perinatal desenvolvido em três etapas, que implica em mudanças ambientais e comportamentais, proporcionando uma maior humanização da assistência (BRASIL, 2011b).

Estima-se que o Método Canguru, um método de baixo custo, baseado no contato pele-a-pele e no apoio a amamentação pode salvar 450 mil bebês a cada ano (WHO, 2012). Como benefícios deste método estão: redução do tempo de separação entre mãe e bebê, fortalecimento do vínculo, controle térmico adequado, redução do risco de infecção hospitalar, do estresse e da dor do recém-nascido, melhora na taxa de aleitamento materno e na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do bebê, também propicia aos pais participação nos cuidados de seus filhos, aumentando a confiança para cuidar do bebê pós-alta, reduzindo o número de reinternações. Acrescenta-se ainda que a adoção do Método resulta em melhor relacionamento da família com a equipe de saúde e na redução do tempo de internação (BRASIL, 2011b).

A motivação e o interesse para realização do presente estudo surgiram de minhas experiências e observações diante dos cuidados e da assistência prestada aos recém-nascidos

prematturos na hospitalização. Ao realizar o estágio na disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança, realizado na Unidade de Internação Neonatal no hospital campo deste estudo, foi possível acompanhar os recém-nascidos prematturos nas áreas de cuidado intensivo e intermediário, como também observar os cuidados dispensados e o incentivo à participação dos pais. Além disso, presenciei neste local a criação de um espaço para o desenvolvimento do Método Canguru, o que despertou ainda mais minha curiosidade a respeito dos benefícios e de quem são os recém-nascidos prematturos que estão se beneficiando deste cuidado.

A partir dessas experiências e observações surgiu a questão norteadora deste estudo: Qual é o perfil dos recém-nascidos prematturos que recebem a metodologia de Cuidado Canguru neste hospital?

## **2 OBJETIVO**

Descrever o perfil dos RNPT nascidos e hospitalizados em um hospital universitário de Porto Alegre que receberam os cuidados do Método Canguru durante a internação hospitalar.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Identificar antecedentes maternos, da gestação, do parto e do nascimento.
- Determinar o crescimento ponderal durante a hospitalização.
- Identificar complicações ou motivos de internação predominantes.
- Identificar a idade em que esses prematuros iniciam a alimentação por via enteral e via oral.
- Identificar tempo total de internação.
- Identificar tempo de permanência do RNPT na 1ª etapa e na 2ª do Método de Cuidado Canguru.
- Relacionar tempo total de internação com a frequência com que os pais colocam o RNPT na posição canguru.
- Identificar a presença dos pais na metodologia de Cuidado Canguru.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A prematuridade como causa de mortalidade infantil constitui-se num problema de saúde global. Não há causa específica, mas inúmeros fatores podem culminar em um nascimento prematuro como as infecções maternas, geralmente do trato geniturinário, alterações placentárias, doença hipertensiva crônica ou gestacional, diabetes mellitus, gemelaridade, idade materna, primiparidade (RAMOS; CUMAN, 2009).

Os RNPT são classificados quanto ao peso de nascimento e a idade gestacional. Estes dados relacionam-se com a incidência de morbidade e mortalidade neonatal. Um RNPT exige cuidados complexos e assistência adequada devido à imaturidade que pode levar órgãos a disfunções, gerando comprometimento de seu desenvolvimento e um alto custo de saúde (RAMOS; CUMAN, 2009). Os RNPT nascem com IG inferior a 37 semanas. Em relação ao peso de nascimento, os RN são classificados como: de baixo peso quando têm menos de 2.500g; de muito baixo peso, os que têm menos de 1.500g e de extremo baixo peso quando o peso é inferior a 1.000g (FRASER, 2014).

De acordo com os dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), em 2013, no Brasil ocorreram 2.904.027 nascimentos, sendo que destes 333.452 foram RNPT (<37 semanas), o que corresponde a 11,5% do total (BRASIL, 2013b). Deste total de RNPT, 184.424 (55,3%) nasceram por cesariana e 148.493 (44,5%) por parto vaginal (BRASIL, 2013e). Do total de nascidos vivos, 247.126 (8,5%) apresentaram peso inferior a 2.500g ao nascimento (BRASIL, 2013 d).

No Rio Grande do Sul ocorreram 141.491 nascimentos, dos quais 16.434 foram RNPT, o que significa 11,6%. Já em Porto Alegre, constatou-se um total de 32.945 nascimentos, sendo 4.082 (12,4%) de RNPT (BRASIL, 2013a). Em relação ao peso, 3.460 (10,5%) dos bebês nasceram com peso inferior a 2.500g na capital (BRASIL, 2013c).

#### 3.1 Método Canguru

Visando reduzir a morbimortalidade infantil, o período perinatal tem sido foco principal do Ministério da Saúde, que tem proposto uma abordagem de saúde embasada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal. Diante do cuidado ao RN de risco, surge a necessidade de práticas assistenciais efetivas em relação à redução da mortalidade e com capacidade de garantir melhor qualidade de vida aos recém-nascidos egressos das unidades neonatais. Nessa perspectiva o Método Canguru passa a integrar a assistência neonatal como

um modelo de atenção perinatal fundamentado na integralidade e humanização e não como um cuidado substitutivo a tecnologia (BRASIL, 2011b).

O Método Canguru teve início no ano de 1979, no Hospital de San Juan de Dios em Bogotá, na Colômbia. O método foi proposto pelos pediatras Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez como alternativa de cuidado para recém-nascidos de baixo peso diante da falta de incubadoras e da alta taxa de mortalidade em consequência de infecções cruzadas. A origem da terminologia “Método Canguru” deve-se a posição pela qual as mães carregavam os bebês após o nascimento, semelhante à adotada pelos marsupiais (CARDOSO et al., 2006).

O contato pele-a-pele precoce contribui para a formação do vínculo afetivo e do desenvolvimento do RN. O vínculo não é algo que ocorre imediatamente, mas de forma progressiva, através das oportunidades de interação. Logo, quanto mais mãe e bebê interagem, mais forte estabelece-se o vínculo o que, conseqüentemente, diminui a probabilidade de negligência e abandono (LAMY et al., 2005).

O Método Canguru tem despertando interesse dos profissionais e, embora esteja cada vez mais sendo utilizado, não dispõe de uma diretriz única. Sua abrangência, peso do RN, tempo de início e permanência na posição canguru tem sido adaptada aos diferentes contextos populacionais (LAMY et al., 2005).

Segundo o Manual Prático do Método Mãe Canguru, elaborado pela OMS (2003), trata-se de um cuidado ao RNBP que deve ser iniciado precocemente após estabilização do bebê, pele-a-pele com a mãe, mantido de forma prolongada, sendo indicado para o RNPT ou RNBP com condição clínica estável e que necessite de proteção térmica, contra infecções, e alimentação adequada. Além disto, descreve como necessárias enfermarias onde as mães permaneçam com os RN e tenham acesso à alimentação adequada, higiene e repouso.

No Brasil, o Método Canguru teve início em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos/SP (ALMEIDA et al., 2010). Em 1999, o Método Canguru passou a ser instituído pelo MS como uma política de humanização da assistência neonatal, incluída na tabela de procedimentos do SUS, sendo regulamentado e publicado através da Portaria nº693 de 5 de julho de 2000, e atualizada em 12 de julho de 2007 por meio da Portaria MS/GM nº 1.683 (BRASIL, 2007). O Brasil foi o primeiro país a adotar o método como política pública, padronizando procedimentos (CARDOSO et al., 2006).

### 3.2 Vantagens do Método Canguru

Para Almeida et al. (2010) e Lamy et al. (2008) o Método Canguru é um facilitador da amamentação e benéfico para a redução da morbidade e mortalidade. Em seus estudos a durabilidade e a taxa de AME na alta e até os três meses foi maior e o número de reinternações menor quando comparado a grupos de RN que não receberam a metodologia. Em contrapartida, Menezes et al. (2014) em um estudo de coorte, realizado no nordeste brasileiro, com 114 RNPT assistidos pelo Método Canguru do nascimento até os seis meses de idade, avaliaram as taxas de AME e concluíram que ela ainda é baixa, ainda assim, aos seis meses a maior parte dos RNPT apresentaram peso adequado à idade corrigida. O número de reinternações, assim como o tempo de internação, também foi menor. O estudo sugere a possível interferência de questões regionais diante de resultados inferiores a estudos semelhantes, reafirmando ainda a necessidade de intervenções e estimulação ao AME durante o acompanhamento ambulatorial (MENEZES et al., 2014).

Ackan, Yigit e Atici (2009) em estudo comparativo, randomizado e controlado com 50 RNPT entre 26 e 36 semanas, para avaliar a eficácia do Método Canguru no controle da dor diante de procedimentos invasivos, concluíram e recomendaram a execução do método antes e após o procedimento como uma medida positiva e segura de analgesia capaz de proporcionar diminuição a dor durante e após a intervenção.

Cong, Ludington-Hoe e Walsh (2011) realizaram um estudo cruzado randomizado com 26 RNPT que estavam recebendo o Método Canguru e concluíram que o método é seguro e eficaz diante de intervenções dolorosas. Este estudo também reafirmou como vantagens do contato pele-pele a regulação da temperatura, a diminuição da frequência cardíaca, a melhora nos níveis de saturação de oxigênio e a redução dos episódios de apneia.

Outro estudo para avaliar a contribuição do Método Canguru diante da dor provocada pela punção no calcâneo de RNPT foi realizado por Gao et al. (2015) em um hospital no nordeste da China. Neste estudo foram observados 80 RNPT com mais de duas semanas de vida, divididos igualmente em dois grupos, o grupo incubadora e o grupo Método Canguru. Após observar quatro realizações deste procedimento, os autores concluíram que a frequência cardíaca, a duração de choro e as faces de dor foram significativamente menores no grupo que recebeu o Cuidado Canguru quando comparado a RN na incubadora.

Conde-Agudelo e Diaz-Rosselo (2014), em uma revisão para a Cochrane sobre o Método Canguru e o impacto na redução da morbidade e mortalidade de RNBP, descreveram que RN que recebem o Método Canguru têm menor probabilidade de infecção, doença

cardiorrespiratória grave e morte. De acordo com este estudo, o método propicia uma maior estabilidade respiratória, início da amamentação mais cedo e com maior duração, resultando em ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico (CONDE-AGUDELO; DIAZ ROSSELO, 2014).

Feldman, Rosenthal e Eidelman (2014), em um estudo com 73 RNPT expostos ao método por 14 dias durante uma hora e acompanhados até os 10 anos de vida em comparação com outro grupo que não recebeu a metodologia de Cuidado Canguru, concluíram que o método diminuiu a ansiedade materna, teve efeito sobre o sono organizado, neurodesenvolvimento e crescimento dos RNPT. Também foi evidenciado melhora no desenvolvimento cognitivo destas crianças aos 10 anos de idade.

Conde-Agudelo e Diaz-Rosselo (2014) e Feldman, Rosenthal e Eidelman (2014) sugerem e reforçam a necessidade de novos estudos em relação ao Método Canguru. Embora todos os estudos realizados apontem evidências positivas, recomendando a adoção da prática, permanece a incerteza sobre o tempo de duração, período de iniciação, assim como segue desconhecida à influência direta de cada uma destas variáveis diante de cada benefício (CAMPBELL-YEO et al., 2015).

### **3.3 Método Canguru no Brasil**

No contexto brasileiro, o Método Canguru é definido como o contato pele-a-pele, que se inicia com o toque precoce até evoluir a posição canguru, por escolha da família e por tempo que ambos, família/recém-nascido considerarem como suficiente e prazeroso. A atuação da equipe através da orientação dos pais e familiares faz parte de cada etapa do método (BRASIL, 2007). O Método Canguru tem como pilares: o acolhimento ao RN e família, o respeito à individualidade, a promoção de vínculo, a participação dos pais no cuidado, o estímulo ao AM e a construção de redes de suporte (BRASIL, 2014).

De acordo com o Manual Técnico do Método Canguru desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), o Método Canguru se dá em três etapas:

- 1ª etapa: inicia-se desde o acompanhamento pré-natal da gestante de alto risco, seguido de todo período de internação do RN na UTIN. Ressalta-se que não há restrição em relação à condição clínica que impeça a inclusão do RNPT ou RBNP no Método Canguru. Nesta etapa ocorre o acolhimento aos pais, orientações sobre rotinas da unidade, os esclarecimentos sobre a condição de saúde e os cuidados do RN, o estímulo à presença e ao toque dos pais, estímulo à participação dos pais nos cuidados e o ensino de como reconhecer

as capacidades de seu bebê. Orientações para ordenha e manutenção da lactação são importantes nesta etapa. Os estímulos ambientais como ruídos e luz são controlados para evitar o estresse do RN (BRASIL, 2011b).

- 2ª etapa: nesta etapa, o RN necessita de estabilidade clínica, NE plena (seio materno, sonda gástrica ou copo) e o peso mínimo de 1.250g. É essencial o desejo e a disponibilidade da mãe em participar, a capacidade para reconhecer riscos e permanecer com o bebê em alojamento conjunto, em quartos ou enfermarias, dispondo de leito materno e berço para o RN (BRASIL, 2007). Nesta etapa ocorre a posição canguru na qual o RNBP é colocado na posição vertical entre o peito dos pais, com os membros flexionados, pele-a-pele. Para a alta desta etapa é necessário que o RN tenha o peso mínimo de 1.600g, estar sugando SM e ter ganho peso adequado nos três dias anteriores à alta (BRASIL, 2011b).

- 3ª etapa: trata-se do acompanhamento ambulatorial até o peso mínimo de 2.500g, quando então o RNBP é encaminhado para os serviços da rede de atenção básica. Nesta etapa é importante garantir o retorno agendado, assistência para intercorrências e leito para reinternação, se necessário (BRASIL, 2011b).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Este projeto caracteriza-se como um estudo descritivo, retrospectivo e de caráter quantitativo.

A pesquisa quantitativa caracteriza-se pela objetividade e uso da linguagem matemática para estabelecer causas e relacionar variáveis. Através da análise e quantificação de dados recolhidos em instrumentos padronizados de uma amostra representativa da população tenta-se compreender a realidade de toda a população (FONSECA, 2002).

Koche (2012) afirma que o objetivo das pesquisas descritivas é estudar as relações entre duas ou mais variáveis de um fenômeno sem manipulá-las. Define-se como retrospectivo estudo elaborado a partir de registros do passado (GIL, 2010).

### **4.2 Campo do estudo**

O estudo foi realizado na UIN do HCPA, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, sendo academicamente vinculado a UFRGS (BRASIL, 1970).

A UIN possui de 50 leitos divididos em duas grandes áreas. A primeira é a UTIN com 20 leitos distribuídos em quatro enfermarias: UTIN 1, UTIN 2, UTIN 3 e UTIN 4. A segunda área é a UCIN, que dispõe de quatro enfermarias sendo subdividida em: UCINco, integrada por 20 leitos, e a UCINca, dotada de 10 leitos (HCPA, 2015).

#### **4.2.1 Metodologia Canguru no campo de estudo**

O Método Canguru do HCPA não dispõe de protocolo institucional, mas se trata de uma adaptação às recomendações feitas pelo Ministério da Saúde. Para o desenvolvimento do Método Canguru foram realizadas capacitações e formação de um grupo de trabalho coordenado por uma enfermeira e composto por profissionais da fonoaudiologia, psicologia, serviço social, medicina e nutrição.

Diante da indisponibilidade de um alojamento conjunto mãe-canguru, a UIN tem adaptado ao seu contexto as poltronas ao lado dos berços, onde os pais podem permanecer com seus bebês. A alimentação das mães é fornecida pelo hospital que também dispõe da

Casa de Apoio, onde podem ficar hospedadas mães que não residam em Porto Alegre. Por meio do Serviço Social também é possível buscar auxílio para o transporte. Quanto às atividades para orientação dos pais em relação ao método, existe uma enfermeira responsável pela inclusão e seguimento dos pais e dos RN enquanto hospitalizados. Além disso, os pais são convidados a participar do “Encontro semanal com pais de prematuros”, uma atividade de extensão universitária, onde eles podem expor suas dúvidas sobre como cuidar do filho prematuro, trocar experiências entre si e desenvolver pequenos trabalhos manuais para aliviar o estresse de permanecer no ambiente hospitalar (MENDES, 2015).

Atualmente, no HCPA, o Método Canguru está ocorrendo da seguinte forma:

- 1ª etapa: inicia-se com a captação da mãe ainda no centro obstétrico pela equipe. O RN é incluído na 1ª etapa já ao nascer. Na primeira visita à UIN os pais são acolhidos, orientados, estimulados a permanecer com seus filhos e inicia-se o toque e o reconhecimento das capacidades do bebê. O bebê internado na UTIN mesmo em uso de oxigenoterapia como VM, CPAP ou uso de cateteres, clinicamente estável pode evoluir do toque a participação dos pais nos cuidados até a posição canguru, estando ainda inserido na 1ª etapa da metodologia.

- 2ª Etapa: inicia quando o RN está clinicamente estável, recebendo exclusivamente NE, e não necessita de altos parâmetros de oxigenoterapia. Como o HCPA não dispõe de alojamento conjunto canguru para mãe-bebê, o RN é transferido da UTIN para a UCINca, que consiste em uma enfermaria onde são prestados cuidados intermediários ao neonato, onde há com poltronas em que as mães podem permanecer em posição canguru. A equipe está sempre próxima, orientando e fornecendo suporte e é proporcionada maior autonomia aos pais em relação aos cuidados com o recém-nascido.

- 3ª etapa: o RNBP ao atingir 2.000g e estar clinicamente estável e com boa sucção, ou recebendo dieta enteral com boa aceitação, os pais seguros na prestação dos cuidados e manuseio do bebê, ocorre alta hospitalar. O RN ao receber a alta tem sua consulta ambulatorial agendada para 48h. O HCPA dispõe de um ambulatório para o acompanhamento de prematuros, onde os RN <32 sem ou <1.500g são acompanhados até os 5 anos pelo serviço de pediatria. Os RN entre 32-36 semanas são acompanhados no ambulatório da enfermagem pediátrica até atingir o peso de 2.500g quando então passam a ser acompanhados pelo serviço de atenção básica.

### **4.3 População**

Mediante a análise do livro de registro e das fichas de inclusão no Método Canguru, foram levantadas as ocorrências de 122 RN entre outubro de 2014 e junho de 2015, que receberam os cuidados preconizados pela metodologia de Cuidado Canguru e que receberam alta até de julho de 2015.

### **4.4 Cálculo da amostra**

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a calculadora *online* disponível em <<http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/>> (SANTOS 2015). Considerando um erro de 5%, um nível de confiança de 95%, sobre um percentual máximo de 40% da população obteve-se um valor amostral de 80 sujeitos.

### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Os RN incluídos no estudo nasceram no Centro Obstétrico do HCPA entre outubro de 2014 e junho de 2015, com IG <37 semanas, sendo internados ao nascimento na UIN, incluídos no Método Canguru e tendo permanecido na UIN do HCPA até a alta hospitalar.

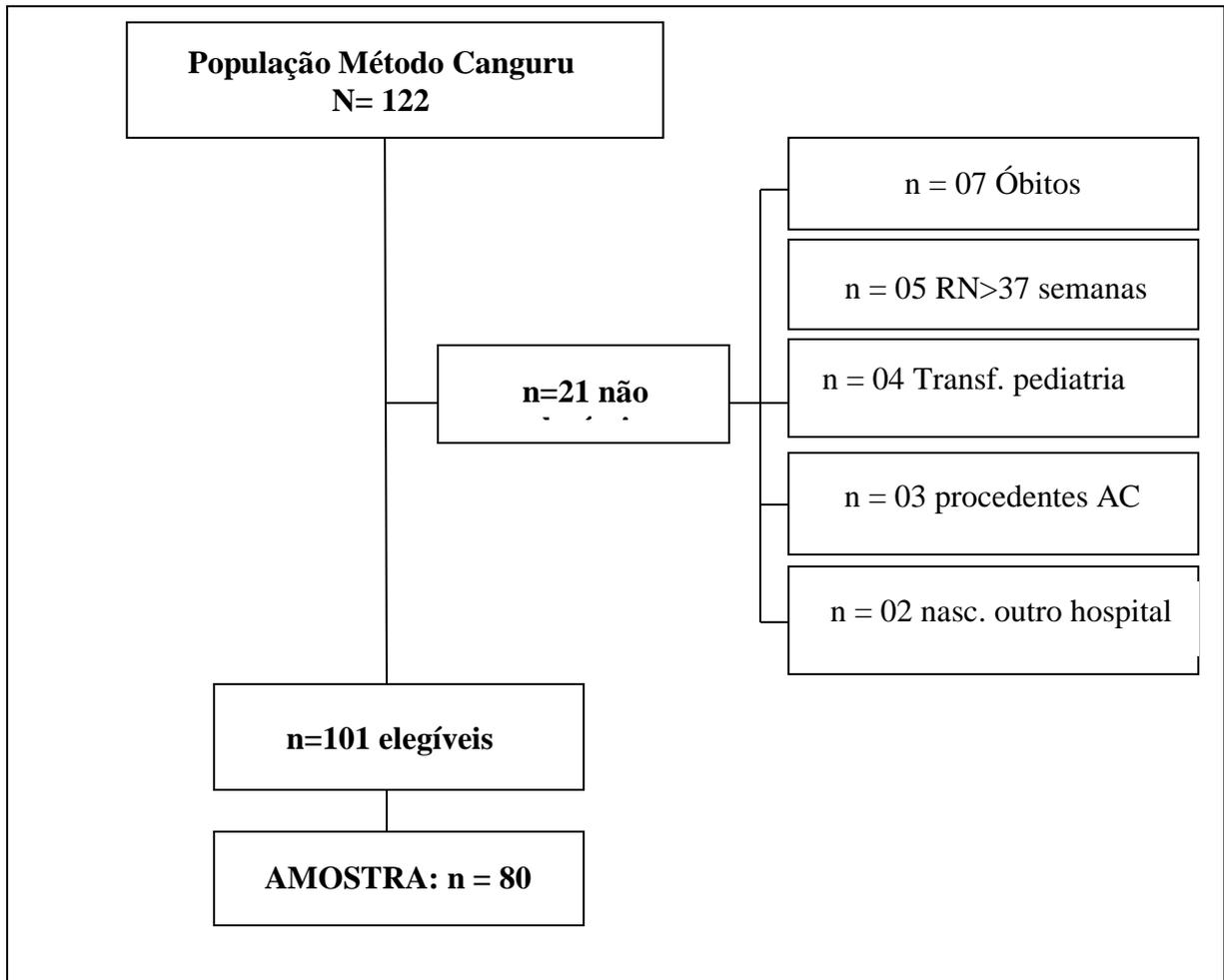
A presença de malformação congênita grave ou procedimento cirúrgico que comprometa a adoção da Metodologia de Cuidado Canguru foi considerado critério de exclusão.

### **4.6 Formação da Amostra**

A amostra, aleatória e simples, foi obtida através de randomização (CRESWELL, 2010).

A partir dos 122 RN incluídos no Método Canguru, foram encontrados 21 bebês não elegíveis para este estudo: sete evoluíram a óbito na internação, cinco nasceram a termo, quatro tiveram alta da UIN para outras unidades de internação pediátrica, três estavam no alojamento conjunto quando foram transferidos para a UIN e dois vieram transferidos de outros hospitais. Após estas exclusões restaram 101 RNPT elegíveis para o estudo e conforme o cálculo anteriormente descrito, a amostra necessária foi de 80 indivíduos. A composição da amostra está representada na figura 1.

Figura 1: Formação da amostra final:



Fonte: Veolz, 2015.

#### 4.7 Coleta de dados

As variáveis coletadas e apresentadas nos resultados referem-se a: antecedentes maternos, de gestação, parto e nascimento; medidas antropométricas do RN ao nascimento e na alta hospitalar e as variáveis de internação.

Foram coletados dados através de consulta ao prontuário eletrônico dos RN, bem como da folha de acompanhamento semanal do Método Canguru adotada na Instituição do estudo (ANEXO A). Os registros posteriormente foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2010.

#### **4.8 Análise de dados**

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados criado no programa Microsoft Excel 2010, sendo analisados por meio da estatística descritiva. Assim, as variáveis foram descritas por frequência absoluta e relativa e por medidas de tendência central como média, desvio padrão, mediana, intervalos interquartis (25-75).

#### **4.9 Aspectos éticos**

O projeto foi analisado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO B) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, posteriormente, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO C), sendo aprovado em ambas às instituições.

Para realização da coleta de dados nos prontuários eletrônicos e fichas de acompanhamento semanal do Método Canguru, foi solicitado pelas pesquisadoras o credenciamento na instituição e adotados os pressupostos contidos no Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO D) e no Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO E), conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), e a Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS, 1993), mantendo o anonimato dos sujeitos do estudo e das informações.

O estudo foi realizado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos dispostas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). O projeto foi aprovado sob o número 15-0352, conforme consta no parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

## 5 RESULTADOS

Os dados aqui apresentados resultaram da análise das informações obtidas nos registros e prontuários dos 80 RNPT incluídos no Método Canguru.

Os antecedentes maternos correspondem a 70 mães, visto que neste estudo houve 10 casos de gestação múltipla.

A Tabela 1 apresenta as variáveis que representam os antecedentes maternos.

Tabela 1 – Antecedentes maternos dos RNPT. Porto Alegre, RS, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n=70</b>
Idade materna (anos) *	27,5 (DP=5,7)
Primigestas**	28 (40%)
<b>Doenças prévias</b>	
Sim**	19 (27,1%)
<b>Residência</b>	
Porto Alegre**	44 (62,9%)
Região Metropolitana**	16 (22,9%)
Interior**	10 (14,2%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino fundamental incompleto**	14 (20%)
Ensino fundamental completo**	11 (15,7%)
Ensino médio incompleto**	5 (7,1%)
Ensino médio completo**	32 (45,7%)
Ensino superior incompleto**	2 (2,9%)
Ensino superior completo**	6 (8,6%)

\* média (desvio padrão); \*\* n (%).

Fonte: Veolz, 2015.

Complementando os resultados apresentados na Tabela 1 destaca-se que a idade materna 27,5 (DP=5,7 anos) variou de 18 até 39 anos, para 28 (40%) dessas mães, essa foi a primeira gestação e 15 (21,4%) tinham relato de aborto na história prévia. A maior parte das mães é residente de Porto Alegre (62,9%), sendo apenas 14,2% residentes do interior do estado. Em relação à escolaridade 80% das mães possuíam escolaridade superior a 8 anos de estudo.

As variáveis correspondentes à gestação, parto e nascimento são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Antecedentes da gestação, parto e nascimento dos RNPT. Porto Alegre, RS, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n=70</b>
Gestações múltiplas**	10 (14,3%)
Consultas pré-natal*	6 (DP=2,7)
<b>Doenças na gestação</b>	
Doença hipertensiva gestacional**	20 (28,6%)
Infecções de trato urinário**	17 (24,3%)
Descolamento prematuro de placenta**	8 (11,4%)
Diabetes gestacional**	7 (10%)
Sífilis**	3 (4,3%)
HIV**	2 (2,9%)
Placenta prévia**	1 (1,4%)
<b>Parto</b>	
Parto cesariano**	46 (65,7%)
Bolsa rota $\geq 18h$ **	8 (12,9%)
<b>Nascimento</b>	
APGAR 1 min $\leq 7$ **	42 (52,5%)
APGAR 5 min $\leq 7$ **	11 (13,8%)
Sexo feminino**	40 (50%)
Reanimação ao nascimento**	37 (46,3%)
IG calculada (semanas) *	33 (DP=2,3)

\* média e desvio padrão; \*\* n (%).

Fonte: Veolz, 2015.

Em relação às variáveis da gestação apresentados na Tabela 2 destaca-se que houve uma variação de 1 até 13 consultas de pré-natal. As doenças gestacionais predominantes foram a doença hipertensiva gestacional em 28,6% e as infecções do trato urinário em 24,3% da amostra. Em relação ao tipo de parto, 65,7% foram cesáreos e em 12,9% das mulheres o tempo de bolsa rota foi  $\geq 18$  horas.

Para fins de compreensão, em relação à idade gestacional apresentada na Tabela 2, informa-se que ela variou de 28 semanas e 1 dia até 36 semanas e 6 dias, ao nascimento. Constatou-se que 64% (51) dos RNPT da amostra tinham IG inferior a 34 semanas. Em relação ao APGAR, 52,5% dos RNPT apresentaram APGAR  $\leq 7$  no primeiro minuto e 13,8%

mantiveram APGAR  $\leq 7$  no quinto minuto; quanto à reanimação, 46,3% dos bebês necessitaram de aspiração e ventilação por pressão positiva.

A Tabela 3 apresenta as medidas de tendência central referentes às variáveis antropométricas dos RNPT ao nascimento e na alta hospitalar, assim como o crescimento diário, em gramas, do nascimento até a alta hospitalar. A informação de crescimento ponderal na alta hospitalar foi analisada em 72 dos 80 RNPT da amostra porque oito destes receberam alta sem recuperar o peso de nascimento.

Tabela 3 – Antropometria dos RNPT ao nascimento, na alta e crescimento ponderal diário. Porto Alegre, RS, 2015.

<b>Nascimento</b>	<b>n=80</b>
Peso (g) *	1.758,3 (DP=397,6)
PC (cm) *	29,6 (DP=1,9)
Comprimento (cm) *	41,4 (DP=3,2)
PIG**	30 (37,5%)
AIG**	50 (62,5%)
<b>Alta hospitalar</b>	
Peso na alta (g) *	2405,0 (DP=458,5)
<b>Crescimento ponderal diário<sup>#</sup></b>	
g/dia*	20,1 (DP=7,9)

\* média e desvio padrão; \*\* n (%); <sup>#</sup> n=72  
Fonte: Veolz, 2015.

Para complementar as informações da Tabela 2, esclarece-se que o peso de nascimento variou de 835g até 2.565g, sendo que, 02 (2,5%) tinham peso  $\geq 2.500$  g e 23 (29%) dos RNPT tinham peso  $< 1.500$ g ao nascer. O perímetro cefálico dos RNPT foi de 25 cm até 35 cm e o comprimento de 32 cm até 49 cm. A variação do peso de alta hospitalar foi de 1.950g a 4.030g. O ganho ponderal médio de peso foi de 20,1g (DP=7,9) por dia para os 72 dos RNPT da amostra; sendo que oito dos RNPT estudados tiveram alta hospitalar com peso inferior ao nascimento.

A análise das variáveis referentes ao período de internação é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Variáveis de internação dos RNPT. Porto Alegre, RS, 2015.

<b>Tempo de internação</b>	<b>n =80</b>
Na UTIN (dias) ***	12 (6-21)
Tempo total na UIN (dias) ***	28 (16-43)
<b>Suporte respiratório#</b>	
VM ciclada**	10 (20%)
CPAP nasal**	49 (98%)
Oxigenoterapia por campânula**	9 (18%)
Cateter extra-nasal**	3 (6%)
<b>Nutrição</b>	
Uso de NPT**	67 (83,8%)
Idade NE plena (dias) ***	8 (4-12)
Idade de início do AM (dias) ***	12 (3-25)
Idade VO plena (dias) ***	19 (8-35)
<b>Complicações</b>	
Disfunção respiratória da prematuridade**	47 (58,8%)
Sepse**	13 (16,3%)
Enterocolite necrosante**	5 (6,3%)
Hipoglicemia neonatal**	5 (6,3%)
Síndrome do desconforto respiratório**	4 (5%)
PCA**	4 (5%)
Hipertensão pulmonar**	2 (2,5%)
Displasia broncopulmonar**	2 (2,5%)
CIV**	1 (1,3%)
CIA**	1 (1,3%)

\*\* n (%); \*\*\* mediana (Q1-Q3), #n=50.

Fonte: Veolz, 2015.

Destaca-se, em relação à Tabela 4 os dias de permanência na UIN tiveram variação de 3 até 96 dias no tempo total de internação; sendo que, em relação à permanência na UTIN a variação de foi de 0 até 71 dias. O RNPT com maior tempo de permanência em UTIN não foi o que permaneceu o maior tempo total de internação. Houve necessidade de suporte respiratório em 65% da amostra, predominando o uso de CPAP nasal em 98% dos casos seguido por VM ciclada em 20% e campânula em 18% dos RN.

Quanto à nutrição, na Tabela 4, encontra-se que 83,8% dos RNPT fez uso de NPT, iniciada no primeiro dia de vida e que a nutrição enteral plena foi atingida na mediana de idade de 8 (4-12) dias. Em relação à idade de início do AM, a mediana foi de 12 (3-25) dias para 75 (93,8%) dos RNPT. Entre eles, 5 (6,2%) não receberam AM, sendo dois casos por

contra-indicação, um caso de mãe com retardo mental e dois casos por dificuldade do bebê em sugar o SM.

A disfunção respiratória da prematuridade foi a complicação predominante na amostra durante o período de internação (Tabela 4), ocorrendo em 58,8% dos RNPT. A sepse apareceu 16,3% da amostra, a enterocolite necrosante da mesma forma que a hipoglicemia ocorreu em 6,3% dos bebês. Em 15 (18,8%) dos RNPT não houve indicação de internação associada à patologia ou complicações, sendo internados em função da prematuridade e do baixo peso.

A Tabela 5 apresenta a análise das variáveis que representam a trajetória do RNPT no Método Canguru na UIN/HCPA, levando em consideração o tempo de permanência no método (1ª e 2ª etapas), a presença dos pais, os procedimentos executados pelos pais “Toque” e “Cuidados com o RNPT”, a colocação pelos pais na posição canguru e sua relação com o tempo de internação.

Tabela 5 – Trajetória do RNPT no Método Canguru / HCPA. Porto Alegre, RS, 2015.

<b>Tempo de permanência no Método Canguru</b>	<b>n=80</b>
1ª etapa (dias) ***	11 (6-20)
2ª etapa (dias) ***	12 (6-23)
<b>Presença dos pais</b>	
Relacionado aos dias de internação ***	25 (13-34)
% tempo total de internação	80,5%
<b>Toque dos pais</b>	
Em relação à presença (dias) ***	21 (12-33)
% sobre dias de presença	93,5%
<b>Cuidados dos Pais</b>	
Em relação à presença (dias) ***	12 (6-22)
<b>Posição Canguru</b>	
Em relação aos dias de presença***	8 (2-13)

\*\*\* mediana (Q1-Q3);

Fonte: Veolz, 2015

Como se pode observar na Tabela 5, todos os RNPT estudados foram incluídos na primeira etapa do Método Canguru. Esclarece-se que a inclusão na primeira etapa ocorreu, para todos, no primeiro dia de vida e que o término da segunda etapa corresponde ao dia da

alta hospitalar. A mediana de permanência na primeira etapa do método canguru foi de 11 (6-20) dias e que na segunda etapa, a mediana de permanência foi de 12 (6-23) dias. Relembra-se que a mediana do tempo de internação foi de 28 (16-43) dias. Os pais estiveram presentes em média 80,5% dos dias de internação, realizaram o procedimento de toque no bebê em 93,5% das vezes em que estavam presentes e prestaram cuidados a seus filhos numa mediana de 12 (6-22) dias relativos a sua presença. Em relação à posição canguru em relação aos dias em que os pais estiveram presentes, encontrou-se uma mediana 8 (2-13) dias em que o RNPT foi colocado na posição canguru pelos pais.

Os resultados da análise da variável: alimentação prescrita no momento da alta hospitalar está descrita na Tabela 6.

Tabela 6 – Alimentação na alta hospitalar.

<b>Alimentação prescrita na alta</b>	<b>n=80</b>
AM misto**	59 (73,7%)
AME **	16 (20%)
Fórmula exclusivamente por mamadeira**	4 (5%)
LM ou fórmula exclusiva por mamadeira**	1 (1,3%)

\*\* n (%);

Fonte: Veolz, 2015

Concluindo, quanto aos resultados apresentados na Tabela 6, referentes à alimentação dos RNPT prescrita na alta hospitalar, ressalta-se que a recomendação médica de oferta de AM misto, ou seja, aleitamento materno ao seio com complementação de fórmula láctea (73,7%) e AME (20%) predominaram em 93,7% da amostra e que a oferta de LM por mamadeira surgiu como alternativa para um dos RNPT.

## 6 DISCUSSÃO

A análise das variáveis do estudo permitiu compor o perfil dos RNPT expostos ao método canguru na UIN do HCPA. Entre as características encontradas em relação às mães dos RNPT, a média de idade foi de 27,5 (DP=5,7) e 40% delas mães eram primigestas. Dados semelhantes foram encontrados por Menezes et al (2014), que identificaram idade materna de 26(DP=7) anos e 41,6% de primíparas. Em relação à escolaridade, 80% das mães ultrapassaram oito anos de estudo, resultado superior ao encontrado por Ramos e Cuman (2009); em cujo estudo, acerca dos fatores de risco para a prematuridade, 52% das mães possuíam mais de oito anos de estudo. Neste estudo, Ramos e Cuman (2009) reforçam que a baixa escolaridade materna pode impedir acesso a informações e orientações, dificultando o entendimento da necessidade de cuidados na gestação e retardando o início do pré-natal.

O acompanhamento adequado no pré-natal possibilita identificar problemas ou riscos em tempo hábil para intervenções (BRASIL, 2011a). A realização do pré-natal ocorreu em 67 (95,8%) das gestantes e destas 48 (71,6%) realizaram mais de quatro consultas. Ressalta-se que seis é o número mínimo de consultas preconizado pela OMS (BRASIL, 2012; p.33). Lembrando-se que a amostra do nosso estudo foi composta por RN com menos de 37 semanas de idade gestacional ao nascer. Ainda, segundo Febrasgo (2007), o mais importante é a qualidade da atenção pré-natal e não a quantidade de consultas.

Verificou-se que as duas complicações mais frequentes na gestação foram: as doenças hipertensivas gestacionais em 28,6% das mães, seguida por infecção do trato geniturinário (24,3%). Estes resultados corroboram o estudo de Maia et al (2011) que, ao estudarem a importância da família na recuperação de RNBP, descreveram como fatores relacionados ao parto pré-termo, respectivamente, a doença hipertensiva gestacional e a ITU.

Em nossa amostra, 12,9% das mulheres tinham bolsa rota com tempo  $\geq 18$  horas. Levy e D'Harlingue (2015) associaram o tempo de bolsa rota  $\geq 18$  horas com o parto prematuro e como importante fator de risco de infecção neonatal. Quanto ao tipo de parto, o cesariano prevaleceu em 65,7% da amostra estudada assim como para Menezes et al (2014) que ao avaliarem uma coorte de RN assistidos pelo Método Canguru, obtiveram um índice de 61,3% de parto cesáreo.

A IG média ao nascimento dos RNPT do nosso estudo foi de 33 (DP=2,3) semanas e o peso médio de 1.758,3g (DP=397,6). Em estudo semelhante, Santos et al (2013) traçaram o perfil dos RN expostos ao Cuidado Canguru em uma maternidade pública no Nordeste e

encontraram a IG ao nascimento de 30 até 35 semanas em 76,3% de sua amostra, sendo que 57,8% apresentaram peso de nascimento de 1.500 a 2.000g. Em estudo similar, Almeida et al (2010), avaliando o impacto do Método Canguru no AME, obtiveram IG média de 34,1 (DP=2,3) semanas e peso médio de nascimento igual a 1.678g (DP=264,9). Ao estudar o crescimento ponderal em RN assistidos pelo Método Canguru, Freitas e Camargo (2007) descrevem, que a taxa absoluta de crescimento ponderal (g/dia) dos RNPT pode atingir em média de 20 a 30g/dia, em nosso estudo, observa-se padrão de crescimento ponderal semelhante.

Nesse estudo foram encontradas proporções idênticas de RNPT do sexo feminino e do sexo masculino. Nos estudos de Santos et al (2013) e de Menezes et al (2014), em relação ao sexo dos RNPT, houve prevalência do sexo feminino em relação ao masculino.

O APGAR baseia-se na avaliação da frequência cardíaca, respiração, tônus musculares, cor e irritabilidade reflexa realizada no primeiro e quinto minuto de vida. Na amostra pesquisada 52,8% pontuaram um APGAR  $\leq 7$  no primeiro minuto de vida e 46,3% necessitaram de manobras de reanimação constituídas de aspiração e ventilação por pressão positiva. No quinto minuto, o APGAR  $\leq 7$  foi verificado em 13,8% dos RNPT. Tais resultados vão ao encontro da literatura, confirmando que o risco para necessidade de procedimento de reanimação é inverso a IG e ao peso de nascimento (BRASIL, 2011a).

Em relação ao tempo de internação na UTIN da amostra desse estudo, a mediana foi de 12 (6-21) dias. Santos et al (2013) encontraram um tempo de permanência de até 20 dias em UTIN em 68,3% da sua amostra. Em nosso estudo 56 (70%) dos RNPT da amostra ficaram até 21 dias na UTIN. Em nossa amostra, o motivo de internação encontrado em 58,8% dos RNPT foi à disfunção respiratória da prematuridade superior ao estudo de Santos et al. (2013) onde esta condição esteve presente em 36,8% dos RN.

Quanto às complicações que ampliam o tempo de permanência identificadas neste estudo destacam-se a necessidade de suporte respiratório em 50 (65%) RNPT, com predominância do uso de CPAP em 98% destes, seguido por VM por 20% da amostra. O uso de CPAP precoce diminui a necessidade de VM e o uso de surfactante (BRASIL, 2011). Em outros estudos como o de Santos et al (2013) e Menezes et al (2014) o uso de VM predominou em relação ao uso de CPAP. O uso de NPT em 67 (83,8%) dos RNPT de nosso estudo pode ter contribuído para o tempo permanência na UTIN encontrada na amostra. A idade em que os RN atingiram a nutrição enteral plena em nosso estudo, mediana de 8 (4-12) dias foi semelhante a média encontrada por Menezes et al. (2014), média de 10 (DP=5) dias.

Quanto a Metodologia Canguru, a mediana na primeira etapa foi 11 (6-20) dias, enquanto na segunda etapa a mediana foi de 12 (6-23) dias. A mediana de internação total na UIN encontrada neste estudo foi de 28 (16-43) dias. Spehar e Seidl (2013), em seu estudo para descrever a realização da Posição Canguru e a amamentação obtiveram um tempo médio de internação de 28,2 dias, e em sua amostra a duração média na primeira etapa foi de 14,6 dias e 13,6 dias na segunda etapa.

Em nosso estudo a mediana de presença dos pais foi 25 (13-34) e a mediana de realização da posição canguru foi de 8 (2-13). Constatou-se que, em relação à mediana de dias que os pais estiveram presentes, a mediana de toque foi de 21 (12-33) dias e de cuidados realizados com o RN de 12 (6-22). O fato dos pais estarem ausentes em alguns dias da internação do RNPT pode ser atribuído a diversos fatores como: 37,1% das mães deste estudo residiam foram de Porto Alegre e 60% possuíam outros filhos. Nem sempre os pais conseguem estabelecer mudanças na sua rotina, de tal forma que possam permanecer e acompanhar o filho e adotar plenamente a metodologia de cuidado canguru. Em relação à participação no contexto do Método Canguru, Caetano, Scochi e Angelo (2005) afirmam em seu estudo com as mães, sobre as vivências no método canguru que algumas famílias conseguem adequar suas condições internas para atender à fragilidade do filho prematuro, enquanto outras não conseguem atender à dupla jornada ou nova demanda criada pelo filho prematuro no hospital.

No estudo de Santos et al (2013), verificou-se com relação ao tempo de permanência dos RN, que 63% passaram mais de 21 dias internados na enfermaria Canguru. Menezes et al. (2014) encontraram uma permanência média foi de 17(DP=8) dias na Enfermaria Canguru. De acordo com estes resultados, acredita-se que a estrutura de Enfermaria Canguru possa otimizar o Método Canguru.

A mediana de posição canguru em nosso estudo também foi baixa se comparada à presença dos pais. As variáveis estudadas foram insuficientes para explicar a causa desse comportamento parental, uma vez que a mediana de presença dos pais foi três vezes superior à adoção da posição, e os mesmos participaram ativamente dos cuidados aos seus filhos.

Em relação ao peso de alta, os RNPT da UIN do HCPA receberam alta com peso médio de 2.405g (DP=397,6), superior ao peso de alta dos estudos de Santos et al (2013) onde o peso de alta para 47,3% da amostra foi de 1.801g e 1.900g e de Menezes et al (2014) onde o peso médio de alta encontrado foi de 1.780g (DP=165). No nosso estudo, realizado na região sul, apenas um RNPT recebeu alta com menos de 2.000g, após 14 dias de internação, com 1.950g. Atribui-se que a necessidade de maior peso na alta possa ser relacionada à

particularidade regional, visto que os dois estudos citados foram realizados na região nordeste. O clima local tende a dificultar a estabilidade térmica postergando a decisão de alta hospitalar pela equipe.

Segundo Brasil (2014), o melhor leite a ser oferecido ao RNPT é o materno e manter a produção de leite em mães de RNPT é um desafio para as equipes. Em nossa amostra, a alimentação prevalente prescrita no momento de alta foi o AM misto, ou seja, SM e complemento com fórmula láctea em 73,7% da amostra, e apenas 20% tiveram alta com AME, resultado inferior ao obtido por Menezes et al (2014) que encontrou AME em 56,2% e AM misto em 38,7% da amostra. Por outro lado, observa-se que os RNPT estudados iniciaram alimentação oral plena em mediana de 19 (8-35) dias; em estudo sobre aleitamento materno de prematuros, afirma-se que a alimentação por sondas, se prolongada, acarreta em dificuldade para o RNPT desenvolva a sua habilidade de coordenar a sucção e a deglutição e faz com que a sensibilidade oral seja aumentada (SILVA; GUEDES, 2012).

## 7 CONCLUSÕES

O estudo conseguiu atender ao seu objetivo geral, fornecendo alguns aspectos importantes a serem considerados, por contribuírem para aperfeiçoar a aplicação do Método Canguru, especialmente, aos RNPT mais vulneráveis; cujos pais merecem atenção diferenciada por parte das equipes de saúde.

Através dos resultados obtidos, pode se constatar que os RNPT nascidos no HCPA e incluídos na metodologia de Cuidado Canguru no período estudado podem ser considerados vulneráveis devido ao predomínio da IG < 34 semanas e ao baixo peso ao nascimento.

Ao constatar-se que a trajetória desses RNPT na UTIN, em relação a mediana, representou um terço do tempo total de hospitalização é possível reafirmar um padrão de vulnerabilidade. Como decorrência da prematuridade e do baixo peso, a complicação mais frequente foi a disfunção respiratória, que acarreta por vezes na necessidade de suporte respiratório, nutrição por via parenteral e enteral. Esses eventos podem ter retardado o início do AM; assim como, podem ter contribuído para a insegurança dos pais no manuseio do RN, limitando a realização do contato pele a pele.

Conhecendo o perfil dos RNPT e a partir dos resultados quanto à presença dos pais, toque, cuidados e posição canguru; cujos resultados parecem contemplar parcialmente o período total de internação, infere-se a necessidade de dar mais atenção ao seguimento da metodologia canguru, especialmente no que tange a organização da família e sua participação no cuidado do bebê. Em relação à trajetória da Metodologia Canguru, conclui-se que posição canguru é pouco realizada pelos pais, mesmo o estudo tendo mostrado que os pais estiveram presentes em 80,5% do tempo de hospitalização. Outra observação importante a ser destacada foi a baixo índice de AME na alta hospitalar; já que o contato pele a pele é amplamente considerado uma estratégia que estimula o vínculo afetivo pais/ RN, incrementando o AME. Atribui-se a ausência de alojamento conjunto como limitação no estabelecimento do AME. Sugere-se estudar a influência da relação continua da mãe em alojamento conjunto e em seguimento ambulatorial.

Por ser retrospectivo, o estudo apresentou limitações próprias da metodologia, como alguns registros parciais. Recomenda-se o seguimento prospectivo da metodologia canguru com vistas a identificar as possíveis barreiras na realização da posição canguru e assim contribuir para o estabelecimento do vínculo pais / RN e obter a vantagem do AME na alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ACKAN, E.; YIGIT, R.; ATICI, A. The effect of Kangaroo care on pain in premature infants during invasive procedures. **Turk J Pediatr.**, v.51, n.1, p.14-18, 2009. Disponível em: <<http://www.turkishjournalpediatrics.org/?fullTextId=596&lang=eng>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

ALMEIDA, H. et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.86, n.3, p. 250-253, 2010. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/jped/v86n3/a15v86n3.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

BRASIL. **Lei nº 5.604, de 02 de setembro de 1970.** Disponível em: <[presrepublica.jusbrasil.com.br/legislação/110726/lei-5604-1970](http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislação/110726/lei-5604-1970)>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasil 2012a. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. p.33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 1 ed. Vol:1. p. 11-21. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 2.ed. Brasília Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascimentos por ocorrência por duração gestação segundo Capital.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascimentos por ocorrência por duração gestação segundo unidade da federação.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascimentos por ocorrência por peso ao nascer segundo capital.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2013c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascimentos por ocorrência por peso ao nascer segundo unidade da federação.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2013d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascimentos por ocorrência por tipo de parto segundo duração gestação**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2013e. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.683, de 12 de julho de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)>. Acesso em: 14 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAETANO, L. C.; SCOCHI, C. G. S; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13. n.4, p. 562-8, 2005.

CAMPBELL-YEO, M. L. et al. Understanding Kangaroo Care and its benefits to preterm infants. **Pediatric Health Medicine & Therapeutics**, v.6, p.15-33, 2015.

CARDOSO, A. C. A. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, v.2, n.28, p. 128-134, 2006.

CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ-ROSSELO, J. Kangaroo Mother Care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database Syst Rev**. n.4, 2014.

CONG, X; LUDINGTON-HOE, S. M; WALSH, S. Randomized Crossover Trial of Kangaroo Care to Reduce Biobehavioral Pain Responses in Preterm Infants: A Pilot Study. **Biol Res Nurs**, v.13, n.2, p.204-216, 2011. Disponível em: <<http://brn.sagepub.com/content/13/2/204.long>>. Acesso em: 22 Apr. 2015.

CIOMS. Council for International Organizations of Medical Sciences. In collaboration with the World Health Organization (WHO). International Ethical **Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects**. Geneva: CIOMS, 1993.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FEBRASCO; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência pré-natal parte II**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2007, vol.53, n.6, p. 479-481. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a08v53n6.pdf>>. Acesso em 22 nov 2015.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A. I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biol Psychiatry**, v.75, n.1, p.56-74, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRASER, D. **Problemas de saúde dos recém-nascidos**. In: HOCKENBERRY & WILSON. WONG, fundamentos de enfermagem pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Cap 9 p.220-295.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método Canguru: Evolução Ponderal dos recém-nascidos. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 20 n.1, p.75-81.

GAO, H. et al. Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Stu**, v.52, n.7, p.1157–1165, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: HCPA, 2015. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/264/394/>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 30.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

LAMY, F. F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **J.Pediatr**, Rio de Janeiro, v.84, n.5, p.428-438, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n5/v84n5a09.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>>. Acesso em: 02 abr.2015.

LEVY, J; D’HARLINGUE, E.A. **Reconhecimento, estabilização e transporte do recém-nascido de alto risco**. In: KLAUSS & FANARROF: Alto risco em neonatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Cap 4, p.69.

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

MAGUIRE, C. M. et al. Reading preterm infants’ behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. **Early Hum Dev**, v.83, n.7, p.419-424, 2007.

MATIASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.4, p.557-564, 2013.

MENDES, E. N. W. **Estudos sobre o cuidado ao recém-nascido pré-termo 10ª edição**. 2015. Disponível em: <[http://www1.ufrgs.br/extensao/catalogo/vis\\_acao.php?CodAcaoExtensao=28058](http://www1.ufrgs.br/extensao/catalogo/vis_acao.php?CodAcaoExtensao=28058)>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MENEZES, M. A. S. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Rev Paul Pediatr**; n.32, v.2, p.171-177, 2014.

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

SANTANA, J. C. B. et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm Revista**, v.16, n.1, p.34-48, 2013.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

SILVA, W. F; GUEDES, Z. C. Tempo de Aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/102-11.pdf>>. Acesso em: 28 nov 2015.

SPEHAR, M.C., SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Ver. **Psic em estudo**; v.18, n.4, p.647-656, 2013.

STIKES, R.; BARBIER, D. Applying the plan-do-study-act model to increase the use of Kangaroo care. **J. Nurs Manag**, v.21, p.70-78, 2013.

WHO. World Health Organization. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>. Acesso em: 12 apr. 2015.

WHO. World Health Organization. **Kangaroo Mother Care: A practical guide**. 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351.pdf?ua=1>>. Acesso em: 02 maio 2015.

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

<b>Formulário para coleta de dados em prontuário</b>
Data de inclusão: ___/___/___ Número do sujeito: ___ Número do prontuário: _____ Data da internação: ___/___/___ Data da alta hospitalar: ___/___/___ Nome do RN: _____ Nome da mãe: _____
<b>Antecedentes maternos:</b>
Idade: _____ Escolaridade: ( ) não informada ( ) informada: _____ Reside: ( ) Porto Alegre ( ) Outra cidade: _____ Doenças anteriores à gestação: _____ Gestações anteriores: ( ) não ( ) sim, quantas: _____
<b>Antecedentes da gestação:</b>
Número de consultas de pré-natal: _____ Gestação: ( ) feto único ( ) gemelar, número de fetos _____ nativos: _____ Doenças na gestação: _____
<b>Antecedentes do parto:</b>
Tipo de parto: _____ Tempo de ruptura da bolsa _____ IG Obst: _____ método: _____
<b>Antecedentes do nascimento:</b>
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) indefinido APGAR 1ºmin: ___ APGAR 5ºmin: ___ Reanimação: ( ) não; ( ) sim, como _____ IG calculada: _____ sem (Ballard) Escore de gravidade: ( ) não ( ) sim, valor: _____ qual? _____
<b>Medidas antropométricas ao nascer:</b>
Peso: _____ g; Perímetro cefálico: _____ cm, Comprimento: _____ cm Relação Peso X IG: ( ) PIG ( ) AIG ( ) GIG
<b>Variáveis da internação:</b>
Tempo de permanência em terapia intensiva: _____ dias Tempo total de internação: _____ dias Data de Inclusão na 1ª etapa do Método Canguru: ___/___/___ Idade: _____ dias Data de Inclusão na 2ª etapa do Método Canguru: ___/___/___ Idade: _____ dias Pais presentes: ( ) não ___ dias ( ) sim, ___ dias Não informado: _____ dias

Pais realizaram toque:

( ) não, \_\_\_ dias      ( ) sim, \_\_\_ dias      Não informado: \_\_\_ dias

Pais realizaram a posição Canguru:

( ) não, \_\_\_ dias      ( ) sim, \_\_\_ dias      Não informado: \_\_\_ dias

Pais realizaram cuidados do RN:

( ) não, \_\_\_ dias      ( ) sim, \_\_\_ dias      Não informado: \_\_\_ dias

Idade em que iniciou nutrição parenteral (NPT): \_\_\_\_\_ dias

Idade em que iniciou NE plena: \_\_\_\_\_ dias

Idade em que iniciou VO plena: \_\_\_\_\_ dias

Idade em que iniciou AM: \_\_\_\_\_ dias

Diagnósticos na hospitalização: \_\_\_\_\_

VM ciclada: ( ) não ( ) sim , tempo total em VM: \_\_\_\_\_ dias

CPAP nasal: ( ) não ( ) sim , tempo total em CPAP: \_\_\_\_\_ dias

Oxigenioterapia campânula: ( ) não ( ) sim, tempo total em campânula \_\_\_\_\_ dias

Oxigenioterapia CN: ( ) não ( ) sim, tempo total em CN: \_\_\_\_\_ dias

#### **Medidas antropométricas na alta hospitalar:**

Peso: \_\_\_\_\_ g      Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm      Comprimento: \_\_\_\_\_ cm

#### **Alimentação na alta hospitalar:**

( ) AME

( ) AM misto

( ) LM ou Fórmula p/ mamadeira exclusivamente

( ) Fórmula p/mamadeira exclusivamente

( ) Outra: \_\_\_\_\_

#### **Resumo das condições na alta:**



## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM (COMPESQ ENF).

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Eliane Norma Wagner Mendes

Dados Gerais:		<a href="#">Retornar</a>
<b>Projeto N°:</b>	29556	<b>Título:</b> PERFIL DOS RECEM-NASCIDOS PREMATUROS EXPOSTOS AO MÉTODO CANGURU EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Pediátrica	<b>Início:</b> 01/07/2015 <b>Previsão de conclusão:</b> 01/12/2015
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento	
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno- Infantil	<b>Projeto Isolado com linha temática:</b> Enfermagem Pediátrica
<b>Local de Realização:</b>	não informado	
<b>Embora apresente relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado é isento segundo as Resoluções nº 26, 28 e 29 do CGEN.</b>		
<b>Objetivo:</b>		
Caracterizar o perfil dos RNPT nascidos e hospitalizados em um Hospital Universitário de Porto Alegre, que receberam os cuidados preconizados pelo Método Canguru		
<b>Palavras Chave:</b>		
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, PREMATURO, MÉTODO CANGURU		
<b>Equipe UFRGS:</b>		
<b>Nome:</b> ELIANE NORMA WAGNER MENDES Coordenador - Início: 01/07/2015 Previsão de término: 01/12/2015		
<b>Pessoas registradas mas não confirmadas como membros da equipe UFRGS:</b>		
<b>Nome:</b> MIRIAM MICHELLE VEOLZ Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/07/2015 Previsão de término: 01/12/2015 Participação não confirmada por omissão do pesquisador		
<b>Avaliações:</b>		
<b>Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 15/07/2015</b> <a href="#">Clique aqui para visualizar o parecer</a>		
<b>Anexos:</b>		
<a href="#">Projeto Completo</a> <a href="#">Outro</a>		<b>Data de Envio:</b> 30/06/2015 <b>Data de Envio:</b> 30/06/2015

**ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 150352

**Data da Versão do Projeto:** 22/07/2015

**Pesquisadores:**

ELIANE NORMA WAGNER MENDES

MIRIAM MICHELLE VEOLZ

**Título:** PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EXPOSTOS AO MÉTODO CANGURU EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 25 de agosto de 2015.



Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/HCPA



