UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Natália Antulino Fernandes Lima

O significado do Método Canguru para as mães e pais de recém-nascido de pré-termo

Porto Alegre
2016

Natália Antulino Fernandes Lima

O significado do Método Canguru para as mães e pais de recém-nascido de pré-termo

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof[a]. Dr[a]. Eliane Norma Wagner Mendes

Porto Alegre
2016

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVO	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	7
4	MÉTODO	11
4.1	Tipo de estudo	11
4.2	Campo do estudo	11
4.3	Metodologia Canguru no campo de estudo	11
4.4	População e formação da amostra	12
4.5	Coleta de dados	13
4.6	Análise de dados	13
4.7	Aspectos éticos	14
5	REFERÊNCIAS	15
6	ARTIGO ORIGINAL	18
APÊNDICE A	Cronograma	37
APÊNDICE B	Orçamento	38
APÊNDICE C	Formulário para coletas de dados	39
APÊNDICE D	Termo de Consentimento livre e Esclarecido	40
ANEXO A	Termo de aprovação pela COMPESQ/ENF	41
ANEXO B	Termo compromisso para de utilização de dados	42
ANEXO C	Termo de inclusão na Plataforma Brasil	43
ANEXO D	Normas editoriais da Revista Gaúcha de Enfermagem	47

1 INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos pré-termo (RNPT) vêm ocupando um espaço cada vez maior nas unidades de internação neonatais. A sua permanência em ambiente hospitalar é condicionada à idade gestacional ao nascimento, requer o uso de tecnologias e cuidados especializados e, ao mesmo tempo interfere na continuidade da relação materna, essencial ao desenvolvimento (TAMEZ, 2013).

Em revisão sistemática, realizada em 2012, alerta-se para uma tendência crescente na prevalência de nascimentos prematuros em diversos países, inclusive nos mais desenvolvidos. O Brasil, nesse relato, aparece com uma prevalência estimada de 9,2% e ocupa a décima posição em número absoluto de nascimentos (SILVEIRA *et al*, 2013).

O Método Canguru (MC), introduzido em 1979 pelo Instituto Materno- Infantil de Bogotá, Colômbia, também chamado de Cuidado Mãe Canguru ou Contato Pele a Pele vem sendo adotado como um cuidado aos recém-nascidos de baixo peso (RNBP) para reduzir a sua morbimortalidade (MAIA *et al*, 2011).

Por definição, o MC é um cuidado que implica em posicionar o RNBP em contato pele a pele com a mãe, de forma contínua e prolongada. É indicado para os RNPT ou os RNPT de peso estável, que necessitam de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções (WHO, 2003).

No Brasil pode-se observar uma franca expansão do MC como protocolo de cuidado, em decorrência das vantagens tanto para mãe, quanto para o bebê. Os principais argumentos defendem que o método reduz o tempo de separação entre o bebê e a família, gera maior confiança nos pais para tocarem e manusearem seu filho e respeita a relação familiar sem que ocorram eventos adversos quanto à estabilidade térmica do RNBP fora da incubadora (BRASIL, 2000). Além disso, existem evidências de que o MC contribui para o aleitamento materno, pois ajuda a manter o vínculo da mãe com seu filho, já que a posição do bebê do seio materno aproxima e favorece o ato de sugar o mamilo (SOUTO *et al*, 2014).

A minha trajetória pessoal incluiu, durante quatro anos, a atuação como técnica de enfermagem em uma unidade de internação neonatal em um hospital universitário privado. Nesse período, em contato direto com os pais que recebiam orientações sobre o MC e colocavam em prática essa estratégia de cuidado, observei que muitos deles não realizavam o MC com a frequência contida nas explicações das enfermeiras e demais profissionais da equipe de saúde.

Cursando a faculdade de enfermagem passei a participar de um projeto de extensão na Unidade de Internação Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UIN / HCPA) e a ter contato semanal com as mães e pais de RNPT; assim, pude visualizar a sua participação no MC com a ótica própria de uma acadêmica.

Nesses contatos, observava que existiam diferenças entre as mães e pais quanto à presença junto ao RNPT e à maneira como eles cuidavam do bebê quando realizava busca ativa para a atividade de extensão; percebia, por exemplo, que: alguns dos RNPT se encontravam desacompanhados das mães e dos pais; alguns técnicos desconheciam o porquê de o bebê estar desacompanhado e a localização dos pais; alguns pais seguravam seu filho no colo vestido ao invés de colocá-lo na posição pele a pele apesar da sinalização de incluídos no MC.

Ao dialogar com os pais em função dos encontros semanais da atividade de extensão, reforçava a adoção do MC. Nos encontros semanais, “Roda de Conversa”, a temática do cuidado canguru era sempre reforçada; contudo, percebia-se a pouca consciência dos benefícios do MC para o desenvolvimento saudável do RNPT em algumas das manifestações. Além disso, nesses momentos de troca de ideias, o valor atribuído pelos pais a esse cuidado, a ser realizado exclusivamente por eles, não parecia ser o mesmo atribuído às terapias clássicas.

O MC, inegavelmente, visa proporcionar maior vínculo e a oportunidade de cuidados essenciais aos RNPT por parte dos pais. Ao mesmo tempo, infere-se que os pais talvez desconheçam a relevância do seu papel nesse processo. Identifica-se como problema para esse estudo a necessidade de compreender qual é o significado do Método Canguru para as mães e pais dos RNPT.

Pretende-se, com a realização deste estudo, contribuir com subsídios que fortaleçam as orientações aos pais e otimizar a sua adesão ao MC e para que os RNPT desfrutem plenamente dos benefícios do MC em seu desenvolvimento.

2 OBJETIVO

Compreender o significado do Método Canguru para as mães e pais de recém-nascido pré-termo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Por definição, todos os RNPT nascem com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG); entretanto, eles podem ser chamados de extremos quando nascem com menos de 28 semanas de IG, de muito prematuros quando nascem de 28 a menos de 32 semanas de IG e de prematuros moderados a tardios quando a lG é de 32 a < 37 semanas de IG (WHO, 2012). Para Guy *et al* (2015) RNPT moderados nascem com 32 a 33 semanas completas de IG e RNPT tardios possuem 34 até 36 semanas completas de IG ao nascer.

O nascimento prematuro interrompe o processo natural de crescimento intrauterino, podendo ocasionar imaturidade no desenvolvimento sensorial, na maturação do padrão de sono e comprometendo também o desenvolvimento adequado no sistema nervoso central interferindo, futuramente, na sua qualidade de vida (VIEIRA *et al*, 2011). Em sua vida extrauterina, o bebê prematuro, encontra na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) um ambiente com eventos com luminosidade forte e constante, ruídos excessivos e grande quantidade de procedimentos tornando assim um novo ambiente totalmente diferente do fornecido anteriormente pelo útero materno (SEKI *et al*, 2009).

O MC trouxe a possibilidade das mães e dos pais se integrarem ativamente do cuidado intra-hospitalar de seu filho, criando condições para que eles adquiram confiança, estreitem seu relacionamento familiar; contribuindo assim, para a diminuição do abandono e dos maus tratos na infância (MAIA *et al*, 2011). Os pais que realizam os cuidados com o RNPT, na UTIN, fortalecem seu vínculo afetivo, começam a apresentar mais confiança e menos ansiedade; o que resulta em redução do tempo de hospitalização do RNPT (CHIODI *et al*, 2012).

O Manual Técnico do Método Canguru apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), como referência para os hospitais vinculados ao Sistema único de Saúde descreve a sua aplicação em três etapas distintas e se aplica na atenção ao recém-nascido de baixo peso (RNBP):

- 1ª etapa: inicia durante o acompanhamento pré-natal da gestante de alto risco e se mantém durante o período de internação do RNBP na UTIN. Nessa etapa ocorre o acolhimento dos pais, as orientações sobre rotinas da unidade, os esclarecimentos sobre a condição de saúde e os cuidados do recém-nascido. Os pais são estimulados a tocar no filho, participar dos cuidados e a reconhecer as capacidades do bebê. Ordenha e manutenções da

lactação também são orientadas nesta etapa; assim como, a redução dos estímulos ambientais, ruídos e luz, para evitar o estresse do bebê;

- 2ª etapa: o RNBP passa a ser colocado na posição canguru. Recomenda-se que o RNBP esteja clinicamente estável, recebendo nutrição enteral plena por seio materno, sonda gástrica ou copo e com um peso mínimo de 1.250g. O desejo e a disponibilidade dos pais em participar, sua capacidade para reconhecer riscos e permanecer com o bebê em alojamento conjunto são essenciais para que o RNBP seja colocado na posição vertical entre o peito dos pais, com os membros flexionados, pele-a-pele. O RNBP receberá alta dessa etapa com no mínimo de 1.600g, sugando o seio materno e com ganho de peso suficiente por pelo menos três dias antes da alta;

- 3ª etapa: acompanhamento ambulatorial até o peso mínimo de 2.500g. O RNBP é encaminhado para a rede básica com garantias de retorno, assistência para intercorrências e internação, se for necessário (BRASIL, 2013).

O MC também traz benefícios para as mães dos prematuros, tais como: o aumento da produção do leite materno, o aumento do período de amamentação, tranquilidade e consequentemente, melhor capacidade para se concentrar nos cuidados e emoções do seu filho (TAMEZ, 2013). As mães de prematuros sentem seu projeto materno ser interrompido, isso gera apreensão pela fragilidade da vida do RNPT. Quando elas iniciam o MC, conseguem visualizar seu retomo à condição de mãe (LARA *et al* 2014).

A presença do pai e sua participação no MC precisa, pois ele exerce papel fundamental como provedor da família em suas necessidades básicas e ajuda a estabelecer o vínculo entre a sua parceira e o seu filho. Além disso, entende-se como primordial que o pai tenha contato precoce com seu filho RNPT, porque esse contato proporcionado pelo nascimento precoce indiscutivelmente irá garantir os vínculos que antes eram prerrogativa da mãe durante a gestação (SANTOS *et al*, 2013).

A enfermagem tem papel fundamental na realização do MC e na efetividade dos seus objetivos. Os pais, durante a internação do seu filho, têm um olhar para os profissionais da saúde como um informante sobre as condições de seu filho e, ao mesmo tempo, dando suporte para os pais quanto ao cuidado com o prematuro (PEREIRA *et al* 2012).

Um estudo bibliográfico, partindo do pressuposto de que a mãe e o RN ao serem separados logo após o parto devido à hospitalização podem ser prejudicados no processo de formação do apego, procurou “identificar a influência do MC na relação mãe-filho internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal”. Nesse estudo, os autores citam pesquisas

que apontam condições clínicas mais favoráveis, evidenciadas por estabilidade fisiológica (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de oxigênio) nos RN que receberam o cuidado pele à pele na posição canguru; além de ganho ponderal maior após a alta e melhor taxa de amamentação (FERREIRA *et al*, 2003).

Em outro estudo, prospectivo e de coorte, realizado com o objetivo de "avaliar a evolução clínica, o crescimento e a taxa de aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru, ao nascimento, na alta e aos seis meses de idade", 56,2% dos 137 RN com peso ao nascer menor ou igual a 1750g, continuavam a ser amamentados na alta hospitalar e, apenas, 14,4% aos seis meses de idade cronológica (MENEZES *et al*, 2014).

A respeito dos motivos que fazem as mães aderirem ao MC, um estudo bibliográfico sinaliza para evidências relacionadas ao desejo materno da recuperação da saúde, a possibilidade de crescimento em peso e, também, devido ao sentimento de culpa pela condição do filho; associam o sucesso na abordagem do MC ao apoio (OLIVEIRA *et al*, 2014).

As mães reconhecem na enfermagem uma fonte cuidadora. Muitas vezes elas precisam ficar afastadas de sua rotina diária para cuidar de seu bebê. Nesses momentos, os cuidadores de enfermagem sedimentam sua importância porque sabem como ouvir e apoiar, enquanto auxiliam a mãe na execução do MC (CAMPOS, 2008).

Uma revisão integrativa realizada com o objetivo de "identificar, avaliar e sintetizar os sentimentos dos pais que vivenciam o nascimento de um recém-nascido prematuro e de baixo peso" descreve em seus resultados que pais e mães se manifestam de maneira semelhante sobre seus sentimentos. Ambos são envolvidos pela "satisfação e alegria" da vida e da sobrevida. pelo "medo da hospitalização", pela "indecisão e confiança na equipe", pelas "dúvidas e expectativas sobre sequelas" e pela "previsão de alta hospitalar". Os autores alertam, que os pais (homens) atuam como "coadjuvantes" na hospitalização do filho e por isso faz-se necessária a sua integração no processo de cuidar para confirmar seu papel e sua reinserção familiar (ZANI *et al*, 2015).

As mães expressam sua dificuldade quando assumem o cuidado do filho de acordo com o MC afirmando que sua decisão acarreta numa mudança significativa na dinâmica familiar, seja pela distância como pelo aspecto financeiro e emocional, pela saudade da casa, dos familiares e dos outros filhos (CAMPOS *et al* 2008).

Os pais que permanecem muito tempo no hospital passam a ter sentimentos conflitantes que permeiam o “ficar e o retornar para o aconchego de sua casa”. Pais que residem em cidade diferente da localidade do hospital são mais suscetíveis devido à privação de visitas constantes de familiares (GUIMARÃES *et al* 2007).

A inclusão de outros familiares no contexto do cuidado intensivo neonatal se justifica pelos sentimentos paternos de “impotência, tristeza, solidão, sensação de vazio no domicílio, choro intenso, estresse” e pelo temor de perder o “emprego por faltas, atrasos ou licenças”; o que acarretaria em risco à estabilidade profissional e à segurança financeira da família (ZANI *et al*, 2015).

Por fim, cita-se um estudo de revisão em que a prematuridade, o baixo peso ao nascer e os distúrbios de aprendizagem foram correlacionados com deficiências motoras e alterações no desenvolvimento psicomotor. Além disso, o MC foi associado a um melhor desenvolvimento; apesar de que esse mesmo estudo recomende aprofundar o conhecimento sobre as vantagens do MC em relação ao desenvolvimento do bebê (FRANCO E ALVES, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo teve abordagem qualitativa, descritiva e foi norteado pelos pressupostos da pesquisa qualitativa que visa “compreender e aprofundar os fenômenos” que o pesquisador se propõe a investigar buscando a compreensão dos “participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto” (CRESWELL, 2010; POLIT, 2011; SAMPIERI *et al*, 2013).

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). De acordo com a Lei n° 5.604, de 2 de setembro de 1970, o HCPA é uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, sendo academicamente vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BRASIL, 1970).

Uma UIN, por definição, é responsável pelo cuidado integral a recém-nascidos graves ou com dificuldade de adaptação pós-nascimento, que necessitam de estrutura e assistência especializada, com recursos físicos, humanos e tecnológicos necessários para garantir sua sobrevida (BRASIL, 2012).

Localizada no 11° andar, a UIN do HCPA possui 50 leitos divididos em duas grandes áreas. A primeira área, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), possui 20 leitos distribuídos em quatro enfermarias: UTIN 1, UTIN 2, UTIN 3 e UTIN 4. A segunda área, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), dispõe de quatro enfermarias e é subdividida em: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINco), integrada por 20 leitos, e a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca), dotada de 10 leitos (HCPA, 2015).

4.3 Metodologia Canguru no campo de estudo

O MC na UIN / HCPA foi adaptado para a realidade local. A falta de espaço físico para um alojamento conjunto demandou a reserva de leitos dormitório em Casa de Apoio do HCPA para as mães residentes fora de Porto Alegre e na colocação de poltronas, ao lado dos

berços, onde os pais podem permanecer com seus bebês na posição canguru. O HCPA fornece alimentação diária às mães e, por meio do Serviço Social consegue algum auxilio para transporte.

A UIN / HCPA dispõe de uma equipe de enfermeiras responsável pela inclusão, orientação e seguimento dos pais e dos RN em relação ao MC, enquanto hospitalizados. O MC na UIN / HCPA foi adaptado à realidade local, sendo dividido em três etapas.

A 1ª etapa do MC na UIN/HCPA inicia com a captação da mãe no centro obstétrico e a inclusão do RN, ao nascer. Já, no primeiro contato dos pais com o RN na UIN eles são acolhidos, recebem orientações, são estimulados a permanecer, a tocar e a reconhecer as capacidades do seu filho. O RN, mesmo em terapia intensiva, estando clinicamente estável pode evoluir do toque, para a participação dos pais nos cuidados e na adoção da posição canguru.

A 2ª etapa do MC na UIN/HCPA começa quando o RN está clinicamente estável, recebe exclusivamente nutrição enteral, e não necessita de parâmetros altos de oxigenoterapia. Como o HCPA não dispõe de alojamento conjunto a para mãe e o bebê, esse é transferido da UTIN para a Enfermaria Canguru, onde há poltronas próprias para a posição canguru. Os pais são mais estimulados a assumirem os cuidados de seus bebês e a equipe está próxima, fornecendo suporte e proporcionando autonomia em relação aos cuidados com o filho.

A 3ª etapa do MC na UIN/HCP inicia quando o RNBP atinge 2000g e clinicamente estável, com boa sucção e recebe dieta enteral com boa aceitação. Os pais estão seguros nos cuidados e manuseio do bebê, e esse recebe alta hospitalar.

4.4 População e formação da amostra

A população do estudo foram os RNPT internados na UIN/HCPA e a amostra foi composta por nove mães e três pais; incluídos no protocolo do MC da UIN/HCPA. A amostragem foi proposital e realizada de maneira sequencial (POLIT, 2011).

Como critérios de inclusão, foram considerados aptos a participaram do estudo: as mães e os pais de RNPT internados desde o nascimento na UIN/HCPA; a IG ao nascer do RNPT inferior a 34 semanas; as mães e os pais que estavam na vigência da segunda etapa do MC.

Foram critérios de exclusão do estudo: idade inferior a 18 anos das mães e dos pais; presença de anomalias graves do RNPT, que interferissem na formação do vínculo e do apego.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de fevereiro até junho de 2016 de acordo com o cronograma do projeto (Apêndice A). Os custos do estudo, apresentados no Apêndice B, foram responsabilidade da pesquisadora.

Para atender a questão norteadora e o objetivo do estudo, foi elaborado um formulário para a coleta de dados (Apêndice C), dividido em duas etapas. A primeira etapa do formulário se referiu aos dados da gestação, parto, nascimento, motivo da internação e condições do RNPT no momento da entrevista, que foram obtidos mediante consulta aos prontuários, às planilhas do MC adotadas na UIN / HCPA e na entrevista aos pais. A segunda etapa da coleta foi realizada mediante o contato direto com os sujeitos do estudo por aplicação de entrevista com perguntas semiestruturadas. A entrevista foi guiada por um roteiro de perguntas com organização flexível, que permitiu a ampliação dos questionamentos à medida que as informações foram sendo fornecidas pelo entrevistado; a existência do roteiro permitiu ao entrevistador manter uma sequência clara dos questionamentos e assegurou que o objetivo fosse atingido (MINAYO 2008). As entrevistas foram realizadas durante a vigência da segunda etapa do MC; em ambiente privativo, próximo à UIN / HCPA. Elas tiveram duração de 20 a 40 minutos e foram gravadas, depois transcritas para serem analisadas.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados que se referiam às características dos sujeitos foram analisados mediante estatística descritiva simples: valor mais baixo e valor mais alto; frequência absoluta; frequência relativa. A análise de conteúdo foi a modalidade escolhida para a interpretação dos dados qualitativos obtidos com as entrevistas. Depois de serem examinados e categorizados, os dados analisados resultaram em “temas e padrões proeminentes” que representam a percepção geral dos sujeitos do estudo (POLIT, 2011).

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A). Além disso, o estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE-52443215000005327. Por ter sido uma pesquisa que envolveu seres humanos, o estudo adotou a recomendação do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), tendo como base os dispositivos legais contidos na resolução do Conselho Nacional da Saúde de número 466/2012 (BRASIL, 2012) e, depois, foi apreciado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sendo aprovado sob o número: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG): 150610. As mães e os pais do estudo foram orientados para assinaram, em duas vias, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) elaborado de acordo com as recomendações do GPPG/HCPA (Apêndice D). As mães e os pais receberam garantias de confidencialidade e de privacidade. Na apresentação e discussão dos resultados foram identificados mediante um código “P” para os pais e “M” para as mães, seguido do número de entrada no estudo: 1, 2, 3, 4, assim por diante. As gravações foram transcritas de acordo com seus depoimentos, e lhes foi dado o direito de ter acesso à transcrição e a garantia de destruição das gravações num prazo de cinco anos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 5.604, de 02 de setembro de 1970**. Disponível em: <presrepublica.jusbrasil.com.br/legislação/110726/lei-5604-1970>.Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**.Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. Brasília, 2005. [online]. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Resolução 466/2012 Conselho Nacional da Saúde. Pesquisa com seres Humanos**; 2012. [online]. Acesso em: 9 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** método canguru. 2.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, A.C.S. et al. Vivência no método mãe canguru: percepção da mãe, Rev. Rene. Fortaleza, v.9, n.3, p.28-36, jul/ set, 2008.

CHIODI, L.C. AREDES, N.D.A et al, Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm, v.25, n.6, p.969-74, nov/maio 2012.

COSTA, Roberta. HECK, Graziella M. LUCCA, Huiana.C e SANTOS, Simone V. " Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru**".** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. v.3, n.2, p. 41-53, Julho 2014.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos de pesquisa qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FRANCO, M.P. ALVES, C.P. O impacto do Método Mãe Canguru no processo de aprendizagem de prematuros de baixo peso: revisão da literatura. Cad. Ter. Ocup. UFScar, São Carlos. v. 22, n. 1, p. 163-174, maio/jun 2014.

FERREIRA, L. VIEIRA, C.S. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão integrativa. Acta Scientiarum. Health Sciences**.** v.25, n.1, p.41-50, 2003.

GUIMARÃES, G.P. MONTICELLI, M. A formação do apego pais/ recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.16, n.4, p. 626-35, out/dez 2007.

GUY, A. et al. Infants Born Late/Moderately Preterm Are at Increased Risk for a Positive Autism Screen at 2 Years of Age. The Journal of Pediatrics, v. 166, n.2, 2015.

HCPA**.** Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**.** Porto Alegre: HCPA, 2015. [online] Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/264/394/>. Acesso em: 9 nov. 2015.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação. HCPA, 2011. [online]. Acesso em: 3 nov. 2015.

LARA, K.L KIND,L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. Psicologia em Estudo, Maringá, v.19, n.4, p.575-585, out/dez. 2014.

MAIA, J. OLIVEIRA, M. Furtado, S. 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.

MENEZES, M.A.S GARCIA, D.C et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de um coorte do nascimento aos seis meses. Rev. Paul. Pediatr. v.32, n. 2, p. 171-7, agost/ dez 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, S.J.G.S et al. Assistência humanizada no período perinatal com a utilização do Método Canguru: uma revisão bibliográfica. Ciências biológicas e da Saúde, v.2, n.2, p.79-91, out. 2014.

PEREIRA, A. SEZÕES, J. et al. Os pais e a hospitalização do recém-nascido prematuro. Percursos n.26, out/ dez 2012.

POLIT, Denise F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem / Denise F.Polit e Bernadette P. Hungler; trad. Denise Regina de Sales. – 7. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

SAMPIERI, R. H. CALLADO, C. et al. Amostragem na pesquisa qualitativa: Metodologia da pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, p.401-13, 2013.

SANTOS, N.D et al. (Re)conhecendo a participação masculina no método canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. Cienc, Cuid. Saúde v.12, n.3, p. 461-468, jul/set 2013.

SEKI, T.N. BALIEIRO, M.M.F. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: Pesquisa bibliografia. Ver. Soc. Bras. Enfermagem Pediatrica, v.9, n.2, p.67-75, 2009.

SILVEIRA, M. MATIJASEVICH, A. et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. Revista Saúde Pública, v.47, n.5, jun 2013.

SOUTO, D. JAGER, M. PEREIRA,A. et al. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v.7, n.1, p.35-46, jan/ abril 2014.

TAMEZ, Raquel. Enfermagem na UTI Neonatal 5º edição, 2013.

VIEIRA, M.E.B. LINHARES,M.B.M. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idade pré-escolar e escolar. Jornal de Pediatria, v.87, n.4, p. 281-291, 2011.

WHO. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth.2012.Disponível:
<http://www.who.int/maternal_child_adolescent/document/born_too_soon/en/>
Acesso em: 12/10/2015.

WHO. World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A practical guide. 2003.Disponível:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/9241590351.pdf> Acesso em: 10/10/2015.

ZANI, A.V et al. Sentimentos dos pais frente ao nascimento do filho prematuro: revisão integrativa da literatura. Revista Varia Scientia- Ciências de Saúde, v.1, n.1, 2015.

6 ARTIGO ORIGINAL

O SIGNIFICADO DO MÉTODO CANGURU PARA MÃES E PAIS DE RECÉM-NASCIDOS DE PRÉ-TERMO[a]

Natália Antulino Fernandes LIMA[b], Eliane Norma Wagner MENDES[c]

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa realizada num hospital universitário, no período de fevereiro a junho de 2016. Objetivou compreender o significado do Método Canguru para as mães e pais de recém-nascidos prematuros. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com nove mães e três pais. A partir da análise de conteúdo emergiram cinco temas: a experiência do nascimento prematuro; impacto do aspecto do bebê prematuro; a importância do Método Canguru para as mães e os pais; efeito do Método Canguru sobre a rotina familiar e a arte de acolher mães e pais de prematuros através do Método Canguru. Conclui-se que as mães e os pais do estudo estavam despreparados para o nascimento precoce do filho; que o aspecto frágil do prematuro gera sentimentos ambivalentes nas mães e pais de prematuros; que as mães e os pais se reforçam através do Método Canguru; que a hospitalização do prematuro exige das mães e dos pais uma adaptação na sua rotina, nem sempre fácil de resolver; e que, a postura acolhedora por parte da equipe de saúde fez com que os pais se sentissem confiantes e mais atuantes no cuidado de seu filho.

Descritores: Método Canguru. Prematuro. Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

This is a descriptive and qualitative research conducted in a university hospital in the period from February to June 2016. Aimed to understand the meaning of the Kangaroo Mother Care for mothers and fathers of premature newborns. There were semi-structured interviews with nine mothers and three fathers. From the content analysis emerged five themes: the experience of premature birth; impact of the appearance of premature baby; the importance of the Kangaroo Mother Care for mothers and fathers; effect of Kangaroo Care on familiar routine and art to welcome mothers and fathers of premature babies in the Kangaroo Method. We conclude that mothers and fathers in the study were unprepared for the early birth of the child; the fragile aspect of premature generates ambivalent feelings in your parents; that mothers and fathers are reinforced through the Kangaroo Mother Care; the hospitalization of premature demands of mothers and fathers to adapt to your routine, not always easy to solve; and the welcoming attitude by the health team made the parents feel confident and more active in the care of his son.

Descriptors: Kangaroo Mother Care. Premature. Neonatal nursing

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo y cualitativo realizado en un hospital universitario en el período de febrero a junio de 2016. El objetivo de comprender el significado del cuidado madre canguro para las madres y los padres de los recién nacidos prematuros. Hubo entrevistas semiestructuradas con nueve madres y tres padres. Del análisis de contenido surgieron cinco temas: la experiencia de un parto prematuro; impacto de la aparición de bebé

prematuro; la importancia del método madre canguro para los padres y madres; efecto de cuidado canguro en la rutina familiar y el arte para acoger a las madres y los padres de bebés prematuros en el método canguro. Llegamos a la conclusión de que las madres y los padres en el estudio estaban preparados para el pronto nacimiento del niño; el aspecto frágil prematura genera sentimientos ambivalentes en las madres y los padres; que las madres y los padres se ven reforzadas por el canguro; la hospitalización de demandas prematuros de las madres y los padres para adaptarse a su rutina, no siempre fáciles de resolver; y la actitud de bienvenida por el equipo de salud hizo que los padres se sienten seguros y más activo en el cuidado de su hijo.

Descriptores: Método madre-Canguro. Prematura. Enfermería neonatal

[a] Artigo oriundo de trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

[b] Acadêmica de Enfermagem, UFRGS.

[c] Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Escola de Enfermagem da UFRGS.

Contato com Autor:

Escola de Enfermagem (Prédio 21103)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre- Rio Grande do Sul- Brasil

Rua São Manoel, 9663.

Bairro Rio Branco

CEP: 90620-110

Fone: (51) 33085226

E-mail: elianewagnermendes@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos de pré-termo (RNPT) vêm ocupando um espaço cada vez maior nas unidades de internação neonatais. A sua permanência em ambiente hospitalar, condicionada à idade gestacional ao nascimento, requer o uso de tecnologias e cuidados especializados essenciais ao seu pleno desenvolvimento; que, por sua vez, podem interferir na continuidade da relação com os pais [(1)]. Alerta-se para a tendência crescente de nascimentos prematuros em diversos países; no Brasil, a prevalência estimada é de 9,2%, ocupando a décima posição em número absoluto de nascimentos a nível mundial [(2)].

O Método Canguru (MC) foi introduzido em 1979 pelo Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia. Essa intervenção de cuidado, também chamada de Cuidado Mãe Canguru ou Contato Pele a Pele, destina-se aos RNPT e aos recém-nascidos de baixo peso (RNBP) e tem, como prática assistencial, o mérito de apresentar evidências que sinalizam a redução da morbimortalidade dos RNPT [(3)]; sendo associada, também, à viabilidade, aplicabilidade e facilidade de ser adotada em qualquer país, independente do seu potencial econômico. Trata-se de uma metodologia de cuidado em que o prematuro é posicionado em contato pele a pele com a mãe, de forma contínua e prolongada; de tal forma, que essa posição garanta a estabilidade térmica, a alimentação adequada e a possibilidade de observação frequente, protegendo esses bebês das infecções [(4)].

No Brasil, o MC está em franca expansão do MC como protocolo de cuidado, pelas vantagens tanto para mãe, quanto para o bebê. Os principais argumentos defendem que o método reduz o tempo de separação entre o bebê e a família, gera maior confiança nos pais para tocarem e manusearem seu filho e respeita a relação familiar sem que ocorram eventos adversos quanto à estabilidade térmica do RNBP fora da incubadora [(5)]. Além disso, existem evidências de que o MC ajuda a manter o vínculo materno e, consequentemente, contribui para estabelecer o aleitamento materno. Com ele, mãe e bebê encontram-se em posição

favorável porque a proximidade do seio desencadeia o desejo de amamentar e o acesso ao mamilo fornece o estímulo ao ato de abocanhar e sugar [6].

O MC, inegavelmente, visa proporcionar maior vínculo e a oportunidade de cuidados essenciais aos RNPT por parte dos pais. Ao mesmo tempo, infere-se que os pais talvez desconheçam a relevância do seu papel nesse processo. O estudo teve como objetivo compreender o significado do Método Canguru para as mães e pais dos RNPT, para contribuir com subsídios que fortalecessem as orientações aos pais e aperfeiçoassem a sua adesão ao MC, para que os RNPT desfrutem plenamente dos benefícios do MC em seu desenvolvimento.

MÉTODOS

O estudo foi elaborado com abordagem descritiva e qualitativa [7]. Os sujeitos estudados foram as mães e os pais de RNPT, com IG ao nascer inferior a 34 semanas, nascidos e internados num hospital universitário, que adota o MC adaptado a sua realidade; isto é, possui todos os requisitos necessários para a primeira e segunda etapas do MC, com exceção do alojamento conjunto mãe/RNPT. A amostra, proposital e sequencial [7] foi obtida com critérios de inclusão/exclusão; sendo composta por nove mães e três pais na vigência da segunda etapa do MC. Os dados foram coletados, fevereiro a junho de 2016, através de entrevista semiestruturada [8]. Quanto à análise, os dados descritivos foram trabalhados por meio de estatística descritiva simples; já, os dados narrativos, foram examinados, categorizados e agrupados em temas, mediante análise de conteúdo[7]. O estudo respeitou os critérios éticos da Resolução 466/2012 e foi registrado, em 2016, na Plataforma Brasil e no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP) sob o número - CAAE 52443215000005327.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cinco temas apresentados a seguir são produto da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as mães e com os pais incluídos no estudo. Eles representam a opinião desses sujeitos quanto ao período que antecede e sucede o nascimento, a aparência do bebê prematuro, a relevância do MC no contexto de cuidado hospitalar, a influência da necessidade de praticar o MC sobre o cotidiano familiar e a importância da equipe de saúde.

A experiência do nascimento prematuro

A análise dos antecedentes da gestação mostrou que a maioria das mulheres (72,7%) apresentaram eventos na gestação associados ao nascimento prematuro; dessas, 62,5% tiveram doenças hipertensivas e 37,5% tiveram problemas infecciosos. Nos depoimentos das mães e pais não se encontrou associação entre as doenças hipertensivas e infecciosas com a prematuridade. Afirma-se que os pais prematuros também são produto da interrupção precoce da gestação [(9)].

A idade das mães de 21 a 35 anos e dos pais, de 21 a 36 anos. Já, as consultas de pré-natal variaram de duas a sete consulta, 55,5% delas realizaram quatro consultas. Elas, de um modo geral não falaram da qualidade do seu pré-natal.

Em estudo sobre a percepção materna quanto ao cuidado do prematuro, comenta-se a falta de acesso a um bom pré-natal e a necessidade de orientar sobre a probabilidade de um parto antecipado, quando a gravidez é considerada de risco [(10)].

A perspectiva de interrupção precoce da gestação e o nascimento de um prematuro geraram, entre os pais e mães, sentimentos de temor frente a uma situação inesperada, como se observa nas falas de M3, M4, M8 e P1:

> *[...] estava perdendo aquele muco da placenta, tava bem assustada tive alguns problemas durante a gravidez, algumas discussões na família e senti algumas dores. (M3)*

> *Desde começo minha gravidez foi complicada, pela perda do liquido amniótico desde 16 semanas. Então, nós procuramos a médica e ela a principio nos passou que ela*

não teria os rins, e aquilo ali deu a entender que ela não sobreviveria que iria durar horas.(M4)

Na verdade nunca pensei que ela iria para frente na gravidez, pois tive hemorragia desde inicio da gestação. Tive hematomas no útero, bastantes hemorragias e diziam que ia abortar espontaneamente [...] foi horrível, porque tinha que por na minha mente que não teria mesmo minha filha. (M8)

Tive a experiência do primeiro filho com ela, teve sangramento e levei ela de carro até o hospital, mas perdeu bebê no carro. Dessa vez ela teve quatro vezes convulsões e também levei as pressas ao hospital [...] fiquei muito nervoso por causa da experiência passada. (P1)

Em estudo sobre a experiência de "ser puérpera de alto risco" concomitante à imaturidade do bebê afirmam que isso desperta sentimentos negativos, semelhantes aos citados pelas mães acima, medo, tristeza, dor [(11)].

Para M3, a presença de conflitos familiares contribuiu para seus problemas relatados na gestação. Já, M8 remete à possibilidade de não sobrevida da filha durante a gestação ou ao nascimento. P1 falou do seu nervosismo por ter vivenciado a perda de outro filho, por complicações parecidas em outra gestação, e sobre o estado de saúde da sua companheira.

Observou-se, nos depoimentos de outras mães que elas, apesar de estarem conscientes do risco do nascimento prematuro, imaginaram um grau de imaturidade menor para seus filhos. M2 e M9, cujas falas apresentam-se abaixo, tiveram gestações múltiplas:

Na verdade pensava assim por ser gêmeas que talvez elas não esperassem até as 40 semanas e nasceria um pouquinho antes, mas não tão prematuras assim. (M2)

Não nunca pensei. Quer dizer tivemos aquele pensamento em por ser gêmeos poderia nascer antes do tempo, mas próximo do final da gestação; nunca pensamos em que nasceriam prematuros. Até os médicos nos comentaram dos riscos, mas tivemos pensamentos positivos que nasceriam um pouco antes de completar a gestação de 40 semanas. (M9)

M2, aparentemente, não tinha noção do risco de prematuridade relacionado à gestação gemelar. No depoimento de M9, observou-se um comportamento de negação do casal em relação à orientação recebida dos médicos, mesmo tendo sido alertados para a possibilidade do nascimento prematuro. Estudo sobre os sentimentos dos pais, a informação dada com antecedência teve o poder de reduzir o impacto frente à prematuridade [(12)].

Impacto do aspecto do bebê prematuro

O aspecto dos RNPT do estudo foi representado através das informações referentes ao peso e idade gestacional ao nascimento e do peso e da idade cronológica no momento da entrevista. Ao nascimento, o peso variou de 570 a 1860g e a idade gestacional calculada variou de 25 a 33 semanas. No momento da entrevista, o peso variou de 1010 a 1950g e a idade cronológica variou de 16 a 64 dias.

A aparência do filho prematuro desperta, nas mães e nos pais, sentimentos de medo, insegurança e conflito. As mães sentem-se fragilizadas por sofrerem com a interrupção da gravidez, algo que não foi idealizado por elas. Os discursos de M1 e P1 retratam com clareza como o impacto do aspecto frágil, do tamanho do bebê e do fator surpresa sobre eles:

> *No começo é a pior sensação que tu tem, por ser pequenininho. Já é pequeno quando nasce e assim fora de época já é um susto desde o parto né. (M1)*

> *Pela primeira vez tive medo por causa da pele dela é tão macia e qualquer toque pode machucar ela [...] no começo tocando nela estava com medo e receoso.(P1)*

A aparência frágil do prematuro provoca receio nos pais que querem tocá-lo. Sentimentos ambíguos, de tristeza e de alegria, permeiam a primeira visita das mães ao bebê na UTI Neonatal[13]. Os pais sentem-se despreparados para uma exigência maior de sua participação no cuidado; a primeira vista, o contato com o filho prematuro choca, devido à aparência física do bebê [14].O vínculo da mãe com o bebê, na presença de sentimentos ambivalentes em relação à sobrevida, pode ser alterado e ocorrer gradativamente [15].

As diferenças de tamanho entre os seus bebês, gemelares, provocaram reações diferentes em M2, P3 segundo eles, foi menos assustador tocar no bebê maior do que no menor:

> *[...] tenho medo de tocar na menorzinha [...] já na maiorzinha toco mais.(M2)*

> *Estou fazendo o método com a maior, pois a menor ainda fico meio assim [...].(P3)*

A reação manifestada por M2 e P3 pode ser considerada adequada. Trata-se de um comportamento previsível e normal, ocorrer o afastamento dos pais dos cuidados ao bebê prematuro [16].

Ao mesmo tempo em que existem relatos de sentimentos quanto à fragilidade do RNPT as mães podem referir conforto com o aspecto do bebê menor. M3 demostra essa dicotomia provocada: sente-se bem, tem medo da fragilidade do bebê; mas, ao mesmo tempo, sente-se mais responsável por ser mãe de um prematuro. Já M8 expressa tensão quando diz perceber a diferença da sua filha em comparação ao bebê saudável; mas sente alegria por sua filha estar se esforçando para sobreviver.

> *Ser mãe de prematuro ao mesmo tempo é angustiante e especial [...] ele é todo pequenininho, delicadinho dá até medo de tocar, mas é muito bom. (M3)*

> *Me sinto tensa, em outros momentos muito alegre por ela estar melhor [...] pois um outro bebê você leva para casa e fica tudo bem, mas a minha filha está sendo tudo diferente [...] mas ao mesmo tempo é muito alegre para mim, pois ela está se esforçando, está lutando cada dia para ficar melhor, porque quando estava na minha barriga eu lutava por ela. (M8)*

Os sentimentos contraditórios manifestados por M3 e M4 vão ao encontro do pressuposto de que as mães experimentam, de fato, essa dualidade de sentimentos: “esperança/desesperança, tristeza/alegria, separação/apego” [13].

Os pais e as mães manifestam seus sentimentos de maneira semelhante. Ambos são envolvidos pela “satisfação e alegria” da vida e da sobrevida, pelo “medo da hospitalização”, pela “indecisão e confiança na equipe”, pelas “dúvidas e expectativas sobre sequelas” e pela “previsão de alta hospitalar”. Os pais (homens) atuam como “coadjuvantes” na hospitalização do filho e, por isso, a sua integração faz-se necessária no processo de cuidar para confirmar seu papel e inserção familiar [17].

A importância do Método Canguru para as mães e os pais

Relembrando, os depoimentos foram obtidos de mães e pais que estavam na segunda etapa do MC. Os sujeitos entrevistados, nesse período, tinham filhos hospitalizados desde o nascimento na UIN, com idades variando de 16 até 64 dias de vida.

As mães que permanecem hospitalizadas em alojamento conjunto, durante a primeira etapa do MC, afirmam ser essa etapa, a mais difícil, porque sentem tristeza e choram por saudade da família[16].

A UIN, ambiente do nosso estudo, não dispõe de alojamento conjunto para as mães e os pais. Algumas mães podem se hospedar em um local inserido na área do hospital, mas fora dele; contudo, apenas uma das entrevistadas adotou essa modalidade.

A análise das entrevistas, mesmo demonstrando a preocupação das mães e dos pais frente ao aspecto dos prematuros, mostrou que eles se sentiram confiantes, confortáveis e protetores através do toque proporcionado pelo MC.

As mães percebem que seus filhos as reconhecem e se sentem seguras quando realizam o contato pele-a-pele, como afirma M6:

> *Reconhece minha voz sei que no peito ele aquece mais, se sente mais seguro. O toque ajudou muito, porque assim ele me reconhece, não me estranha, como a mãe dele [...](M6).*

M1 e M4 referem que o envolvimento mediante o MC despertou nelas a importância da maternidade, que se aproximaram mais dos seus bebês, que podem ajudar melhor. M1 associou o seu amor pela filha ao MC; enquanto que, M4 relacionou o vínculo materno ao MC.

> *Não tem como explicar a sensação que tive em tocar ela sabe [...] só sei que foi inexplicável. Pegar a mãozinha dela tirar foto, pegar aquela mãozinha pequenininha. Me senti como se tudo parasse assim[...] tudo parasse e existisse só eu e ela e ter aquele contato é um sentimento de um maior amor que possa ser imaginado. (M1)*

> *Na incubadora não tem vínculo, está te separando e o maior vinculo é quando você sente sua filha [...] é na hora do canguru que ela sente a presença da mãe [..] é na hora que ela está no meu colo se sente cuidada e protegida. (M4).*

O MC, segundo o relato das mães e dos pais, além de promover a aproximação, permitiu a continuidade do cuidado materno e paterno; como vemos exemplificado em M3 e P1, e expresso em P3 que gostaria de continuar esse cuidado em sua casa.

> *Poder tocar nele, abraçar ele e saber que isso é importante e ajuda ele. E para nós é muito útil poder se sentir mãe de verdade [...] mas ficar só olhando e ficar meio de fora deixa a gente meio assim [...] (M3).*
>
> *Tive receio no começo, mas tive sentimento de carinho por ela... tocava nela e vi que ficava calma e parava de chorar [...](P1).*
>
> *Com certeza farei esse método em casa com as meninas! Elas se sentem bem, ficam tranquilas [...](P3).*

Em sua fala, M3 manifestou sentir-se incluída nos cuidados ao seu filho e não somente observadora.

M5, M7 e M8 associam o MC às melhorias observadas no crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Sentem, inclusive o desenvolvimento cognitivo de seus bebês:

> *Se os pais não pudessem pegar, cuidar deles, acho que os bebês não se recuperariam assim tão rápidos, não ficariam maiores. Eu vejo a minha filha crescer mais com meus cuidados. (M5)*
>
> *No desenvolvimento dela vejo que ela está escutando quando eu falo, me olha, está crescendo bastante.(M7)*

M8 citou sua emoção ao realizar o MC, a satisfação de ser reconhecida como pessoa; associou, também, o fato de sua filha ser cuidada por ela com o MC, à vontade de lutar pela sobrevida observada na mesma.

> *Quando toquei nela chorei horrores! Me senti muito bem, sentia que ela me reconhecia...senti que ela queria batalhar para viver [...](M8).*

As mães e os pais que recebem a oportunidade de cuidar, ativamente, dos seus filhos através do MC, em todo período de hospitalização, sentem maior confiança e satisfação em estar com seus filhos; perdem o medo e a insegurança porque acompanham melhor a dinâmica de cuidados da equipe de saúde [(18)].

Efeito do Método Canguru sobre a rotina familiar

A organização familiar, a partir da necessidade de hospitalização do RNPT, inevitavelmente precisará se adaptar às rotinas e práticas hospitalares. Atualmente, ainda se fala de uma postura restritiva quanto à presença da família nos cuidados ao bebê na UIN, inclusive sobre a permanência da mãe e do pai; embora o MC implique na inclusão da família nuclear no cuidado hospitalar do bebê [18].

Os participantes do estudo mostraram que houve uma mudança significativa no seu cotidiano em função da adesão ao MC. Precisaram se adaptar a uma realidade inesperada: serem pais de um bebê hospitalizado e administrarem o tempo para concretizar os cuidados intra-hospitalares que seus filhos necessitavam. Muitas vezes, isso implicou, segundo eles, em abandonar seu lazer diário, deixar os filhos mais velhos e a moradia aos cuidados de outras pessoas. Acharam o tempo insuficiente para estarem com seus filhos; embora, o fator cansaço e o cuidado com os demais filhos não possibilitasse a dedicação integral que gostariam.

As mães e pais citaram a importância do apoio familiar, em diferentes aspectos, para a realização do MC: o cuidado das crianças e da moradia; a mudança de residência; a conciliação do trabalho com a nova rotina; o enfrentamento das dificuldades financeiras e a distância entre a casa e o hospital. Essa foi à organização que, na opinião deles, contribuiu para sua estadia hospitalar com o filho, como segue a narrativa abaixo:

> *[...] ela foi melhorando e viemos menos, porque temos outras duas filhas [...] Ai é difícil! Não só familiar, mas também financeira tudo envolve [...]. (M1)*

M1 se remete à redução na execução do MC em função das outras filhas e aos aspectos financeiros envolvidos que comprometem sua permanência junto ao bebê

A estadia permanente de M2 nas dependências do hospital acarretou no seu distanciamento da vida familiar, do cuidado à filha mais velha, a delegação de suas competências ao marido e à avó, como se observa na sua fala:

Como estou ficando na casa de apoio passo mais tempo no hospital do que fora [...] como moro longe não tem como vir e voltar, então faz mais de um mês que não vejo minha outra filha [...] minha mãe fica com aminha filha mais velha e meu esposo fica com ela à noite. (M2)

M3, M4 e M5 precisaram se adaptar à mudança de endereço e ao deslocamento até o hospital para cumprir a etapa do MC :

Quando venho pela manhã meu pai me trás e à noite meu esposo vem do serviço me busca e vamos para a casa da minha mãe [...] nos finais de semana estamos ficando de aluguel em outro lugar na frente do hospital. (M3)

Eu gostaria de ficar muito mais tempo com ela, só que entendo que preciso também de descanso [...] nesse momento é o que posso oferecer a ela, até por essa questão de morarmos longe, desconforto de ficar dormindo numa cadeira. (M4)

Agora moro com a minha mãe e ela me apoia [...] me organizo só para vir ao hospital ficar com a minha filha. (M5)

M6, M7 e P2 expõem que a sua organização para vir ao hospital e executar o MC pode ser melhorada com a contribuição de familiares:

O meu outro filho tem escola pela manhã e meu irmão, tia cuidam dele para mim a tarde.Assim posso ficar mais tempo com meu filho aqui [...] (M6)

Meus pais estão me ajudando na passagem, e na volta minha mãe e irmão me buscam na parada de ônibus [...] (M7).

Durante a semana alguém da família cuida da nossa casa [...] (P2).

Nos depoimentos de todos os sujeitos podemos observar dificuldades que eles enfrentam e que superam em prol de algo relevante para seu filho prematuro, o MC. Evidencia-se a criatividade dos pais na tentativa de superar as barreiras, distância, outros filhos, moradia, situação econômica; observamos, ainda, o valor que a participação de toda a família adquire nesse contexto.

A hospitalização de um recém-nascido além de afetar a dinâmica e organização familiar pode, também, a comprometer a relação mãe com o bebê [15].

Em um estudo que “analisou a percepção dos pais sobre a vivência do método canguru”, as idas e vindas diárias ao hospital para cuidar do filho no MC comprometeram o orçamento familiar; em função do custo com passagens e pela necessidade de realizar

refeições[19]. Outro estudo, ao simular e analisar o impacto orçamentário de uma coorte hipotética de 1.000 recém-nascidos elegíveis para o MC encontrou uma provável queda anual das despesas hospitalares de 16% ao ano [20].

A arte de acolher mães e pais de prematuros através do Método Canguru

Pode-se perceber, nas falas das mães e dos pais, que o estímulo, o apoio, os cuidados e os ensinamentos da equipe de saúde da UIN foram decisivos para eles desenvolverem a maturidade de controlar medos, anseios e outros sentimentos.

As mães e pais se sentiram tão motivados pela equipe em relação ao MC, que referiram sua tranquilidade e segurança para realizarem os cuidados com seus filhos; ao mesmo tempo em que, manifestaram sua confiança e conforto em deixarem os filhos aos cuidados dessa equipe. Esses aspectos são relatados pelos sujeitos do estudo da seguinte forma:

> *Me sinto confortável desde a entrada até a saída eu acho que tudo colabora [...] a equipe envolvida com agente transmite carinho, essa força que tudo vai dar certo [...] (M1).*
>
> *Pensei que ia ser mais difícil [...] ia ficar com medo, mas as enfermeiras me ensinaram que sou mãe delas e tenho direito de pegá-las. (M2)*
>
> *Enfermeiras atendem bem não tenho do que reclamar [...] pelo menos quando estou aqui tratam e cuidam bem dele. (M3)*

M4 em seu depoimento cita o conforto em estar com a filha através de uma atividade tipicamente materna, trocar fraldas:

> *[...] me sinto muito confortável quando elas oferecem para trocar fralda, conversar sobre o estado de saúde da minha filha e isso me conforta bastante. (M4)*

Pequenos gestos de solidariedade auxiliam a superar o medo e a participar do cuidado, como fala M5:

> *Quem me ajudou foi a enfermeira que disse que podia tocar, por uma luva e estimular na boquinha dela. Daí comecei a perder um pouquinho o medo. (M5)*
> *Tenho recebido muita informação e apoio aqui na unidade, as enfermeiras me ajudam muito.(M8)*
>
> *Disseram que podia pegar ele no peito para sentir calor e tocar nele [...] quem conversou primeiro foi uma assistente social [...] (P2)*

A equipe representa o suporte emocional e de conhecimento que as mães e os pais precisam, no momento certo, como referem M6, M7 e P1:

> *Me sinto muito bem no momento que mais precisei me ajudaram todas as médicas, enfermeiras e professora (M6)*
>
> *Me desabafo, pois as vezes venho triste dai ganho apoio aqui. As técnicas e doutoras que cuidam da minha filha conversam muito comigo [...] (M7)*
>
> *Além de poder dar carinho para minha filha a equipe fica junto e dai aprendo mais [...] (P1)*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo sobre o significado do método canguru para as mães e pais de recém-nascidos pré-termos proporcionou que fossem levantados temas que representam a realidade das mães e dos pais que convivem com a hospitalização de um filho prematuro; seus sentimentos frente a uma gestação de risco, o aspecto inesperado do seu filho, a mudança de rotina que as mães e pais se submetem para estar com seus filhos, a sua visão do Método Canguru e o quanto a equipe de saúde pode estar envolvida nesses conceitos.

Observou-se que as mães e os pais do estudo estavam despreparados para o nascimento prematuro. O número de quatro consultas de pré-natal foi predominante entre as mães; além disso, a presença de doença hipertensiva e infecciosa apareceu na história obstétrica. Infere-se que as mães, aparentemente não perceberam esses eventos como motivos do parto prematuro ou, não receberam orientações sobre como essas doenças afetam a gestação. Uma delas, devido à gemelaridade, referiu o alerta do médico sobre a probabilidade do parto antecipado; mas, ela e o marido, optaram por adotar um raciocínio otimista, negando esse risco.

O aspecto frágil do prematuro remete ao receio e ao conflito das mães e dos pais frente ao inesperado, ao tamanho menor, às diferenças entre o maior e o menor e a responsabilidade que passa a ser assumida; bem como a dicotomia de sentimentos positivos e negativos,

ocorrendo simultaneamente. Destaca-se o quanto o apego e o vínculo parental pode ser abalado e necessita ser estimulado ao longo da hospitalização.

Todas as mães e todos os pais gostaram de cuidar de seus filhos com o MC. Atribuíram ao método: um aumento na sua confiança como cuidadores; um estímulo para se vincularem ao bebê; uma maneira de se sentirem incluídos no cotidiano hospitalar e de constatarem o desenvolvimento cognitivo, visual e auditivo do bebê. Ao ponto de que, todos eles referiram que continuariam a colocar o filho na posição canguru em casa.

A rotina familiar, na opinião dos pais, implicou numa adaptação a essa nova e inesperada realidade de ter que frequentar o hospital para estar com o filho e, ao mesmo tempo, abandonar hábitos de vida diários. A maioria referiu a dificuldade em conciliar o tempo disponível com o cuidado da moradia e dos outros filhos; o que, em parte foi solucionado pelo apoio da rede familiar. Mesmo não predominando, deve-se refletir sobre o desconforto das mães e pais em terem que se afastar do seu domicílio e permanecer em ambiente estranho.

O apoio da equipe de saúde foi destaque nos depoimentos das mães e dos pais. Segundo eles, os profissionais agiram como motivadores e como suporte emocional para que eles se sentissem seguros ao cuidar dos filhos; mostrando que pequenos gestos sempre são lembrados.

A partir do exposto acima, percebe-se o quanto as experiência prévias ou a falta delas e o aspecto do prematuro podem complicar a aproximação das mães e dos pais no início da primeira etapa do MC. A colocação do bebê na posição canguru, 2ª etapa do método, ocorre num momento em que o prematuro se encontra estabilizado e com menor risco; tudo parece ser mais fácil para os pais. Nesse momento, é que se destaca o quanto é necessário uma postura acolhedora da equipe de saúde, reforçando e elogiando a execução do MC pelos pais, continuadamente.

Como a enfermagem está mais próxima do contexto familiar (RNPT, mãe e pai), ela precisa atuar com sensibilidade para suprir as necessidades desses sujeitos durante toda a internação de seus filhos; ensinando e reforçando os comportamentos maternos e paternos, essenciais ao prematuro. Recomenda-se investigar as práticas de orientação sobre a prematuridade durante a gestação, tendo em vista os achados do estudo. Recomenda-se aprofundar o conhecimento sobre a organização familiar e os recursos que poderiam ser disponibilizados para as mães e os pais. Foram incluídos três pais nesse estudo, as informações obtidas nos instigam a sugerir outros estudos para investigar os efeitos da sua inclusão no MC.

REFERÊNCIAS

1 Tamez R. Enfermagem na UTI Neonatal. 5ª edição. Rio de Janeiro.Guanabara Koogan; 2013.

2 Silveira M, Matijasevich A, et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. Revista Saúde Pública. 2013; 5(47).

3 Maia JA, Oliveira MP, Furtado SS, Silva LM, Pereira MLB. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém nascido de baixo peso. Enfermagem em foco. 2011; 2(4): 231-234.

4 World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A practical guide 2003. Genesa : WHO; 2003.

5 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000.Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. Brasília (DF); 2005.

6 Souto DC, Jager ME, Pereira AS, Dias AC, et al. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. Rev. Ciência & Saúde. 2014; 7 (1): 35-46.

7 Polit DF, Hungler PB. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

9 Costa R, Heck GMH, Lucca HC, Santos SV. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. Ver. de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2014; 3 (2): 41-53.

10 Siqueira MBC, Dias MAB. A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. Epidemiol. Serv.Saúde. 2011; 20(1):27-36.

11 Roque ATF, Carraro TE. Narrativas sobre a experiência de ser puérpera de alto risco. Escola Anna Nery de Enfermagem. 2015; 19(2):272-278.

12 Rocha L, Monticelli M, Martins A, Scheidt D, Costa R, Borck M, et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Enferm.UFSM. 2012; 2(2): 264-274.

13 Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. Rev Gaúcha Enferm., 2011 set;32(3):458-64.

14 Cardoso MVLML, Souto KC, Oliveira MMC. Rev. RENE. 2006; 7(3): 49-55.

15 Marchetti D, Moreira MC. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. Rev. Psicologia e Saúde. 2015; 7(1): 82-89.

16 Santos LM, Morais RA, Miranda JOF, Santana RCB, Oliveira VM, Nery FS. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro atráves da posição canguru. R.pesq: cuidad. Fundam. 2013; 5(1): 3504-14.

17 Zani AV, Silva CA, Oliveira GS. Sentimentos dos pais frente ao nascimento do filho prematuro: revisão integrativa da literatura. Rev. Varia Scientia- Ciências de Saúde. 2015; 1(1): 1-11.

18 Heck GMM, Lucca HC, Costa R, Junges CF, Santos SV, Borck M. Ver. Enferm. UFSM. 2016; 6(1):71-83.

19 Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. ver. Latino-am Enfermagem. 2003; 11(4):444-52.

20 Entringer AP, Pinto MT, Magluta C, Gomes MAS. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. Rev Saúde Pública 2013;47(5):976-83.

Apêndice A: CRONOGRAMA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi estabelecido um cronograma de atividades previstas para o segundo semestre de 2015 e o primeiro semestre de 2016, apresentado no Quadro 1:

Quadro 1: Cronograma

Atividades	2015		2016					
	Nov	Dez	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio	Jun.
Elaboração, apresentação e aprovação do projeto	X	X						
Encaminhamento a COMPESQ/Enf		X						
Plataforma Brasil			X					
Comitê de ética HCPA			X					
Coleta de dados				X	X	X		
Análise dos resultados					X	X	X	
Elaboração TCC e do artigo							X	X
Adequação para publicação								X
Apresentação TCC								X

Fonte: Fernandes, 2015.

Apêndice B: ORÇAMENTO

No Quadro 2 descreve as despesas efetuadas para o desenvolvimento do estudo; que foram financiados totalmente pela pesquisadora.

Quadro 2 - Plano orçamentário.

Itens	Quantidade	Valor unitário	Valor final
Papel oficio A4	50	R$0,10	R$5,00
Impressão	50	R$0,10	R$5,00
Caneta azul	20	R$0,50	R$10,00
Gravador Digital Record MP3	01	R$80,00	R$80,00
		Total	**R$100,00**

Fonte: Fernandes, 2015.

Apêndice C - Formulário para coleta de dados

Projeto: O significado do Método Canguru para as mães e os pais de recém-nascidos de pré-termo

Data da entrevista: __ / ___ / 2016

Código: (__) Pai - Nºseq: __
Código: (__) Mãe - Nºseq: __

1 Dados de identificação:
Nome do RN: _____ Nºprontuário: _____
Nome informante: _____
Idade: _____ Escolaridade: ___ anos ( ) completos ( ) incompletos de estudo
Profissão: _____ Responsável pelo sustento familiar: ( ) Não ( ) Sim
Residência: _____
Composição familiar: _____
Com quem reside: _____

2 Antecedentes da gestação:
IG obstétrica: _____ Nº consultas pré-natal: ____ Nº gestações: ___
Doenças na gestação: ( ) não, ( ) sim,quais _____

3 Antecedentes do parto:
( ) vaginal: episiotomia ( )sim ( )não; ( ) cesáreo, motivo: _____

4 Antecedentes do nascimento:
Data de nascimento: __/__/__ Hora: _____ APGAR 1ºmin: ___ 5ºmin: ___; Reanimação, ( ) não
( ) sim, como, _____
Peso: _____ g PC: ___ cm; Comp:___ cm; IG Calculada: _____ sem ( ) Capurro ou ( ) Ballard

5 Motivos da internação: _____

6 Condições do RNPT na entrevista:
( ) idade corrigida ( ) idade cronológica: _____ Peso atual: _____g
Descrever condições gerais com base em informações ventilatórias, alimentação (FL, LM, SM; sonda, oral...), doenças ativas, uso de medicações

7 Entrevista semi-estruturada
A nossa intenção é saber o significado do Método Canguru para você, isso é, saber como você participa do cuidado ao seu filho (a) aqui no hospital.
Por isso nós elaboramos umas perguntas.

Vamos falar sobre a experiência de ser mãe / pai de um RNPT e participar dos cuidados do seu bebê num hospital (equipe de saúde, equipamentos, exames, outros pais, etc).
- Algum você dia pensou que seu filho (a) poderia nascer antes do tempo? Comente.
- Fale sobre a experiência de tocar pela primeira vez e cuidar do seu bebê. Quando e como foi?
- Você sentiu, em algum momento, inibição para estar com seu bebê, por que?

Agora vamos falar sobre vir e estar no hospital com seu bebê
- Qual é o tempo do seu dia que consegue destinar ao bebê? Ele lhe parece suficiente, por que?
- Como você organiza a rotina familiar para vir ao hospital e ficar com o bebê?
- Como você faz seu deslocamento até o hospital? Demora muito? Comente?
- O que você acha que colabora para se sentir confortável no hospital (ambiente, equipes, pessoas em geral ...)?
- Em algum momento se sentiu inibida para fazer o MC? Explique

Vamos falar sobre o Método Canguru e o que ele traz para os prematuros.
- Você já havia recebido informações sobre a MC? O que? Quando? Quem?
- O que você imaginou quando explicaram que os pais podem cuidar do RNPT com o MC aqui na UIN / HCPA? Explique as sensações
- O que você acha da experiência de colocar o bebê na posição canguru? Comente.
- O que você acha que o MC está acrescentando à sua relação com o bebê?
- Você acha que a quantidade de leite mudou quando começou a colocar o bebê na posição canguru? Explique.
- Você acha que o MC pode ser utilizado depois que o bebê sai do hospital? Explique sua resposta.

Você gostaria de falar mais alguma coisa ou receber algum esclarecimento?

Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto: GPPG 150610 - CAAE 52443215000005327

Título do Projeto: O significado do Método Canguru para as mães e os pais dos recém-nascidos de pré-termo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender o significado do Método Canguru para as mães e os pais de recém-nascido prematuros. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Você está sendo convidado a participar porque é mãe ou pai de um recém-nascido e já está realizando o Método Canguru que é um cuidado intra-hospitalar, que visa estreitar seu relacionamento e outros benefícios ao seu bebê.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: entrevista com perguntas sobre a utilização do Método Canguru durante a internação, com duração de 40 a 60 minutos, a entrevista será gravada em áudio (voz). Também será necessária a coleta de dados clínicos do seu filho no prontuário.

Não são conhecidos riscos pela sua participação na pesquisa; porém, se a gravação em áudio, o tempo estimado para a entrevista ou o tema a ser abordado gerarem algum desconforto, sinta-se a vontade para pedir ao pesquisador a forma que achar adequada ao registro do seu depoimento e estipule o tempo que julgar necessário para as suas respostas. Caso você se sinta desconfortável ao falar sobre o tema, poderá interromper sua participação a qualquer momento.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo adicional com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Eliane Norma Wagner Mendes e/ou com a pesquisadora Natália Antulino Fernandes pelos telefones (51) 33085226 / (51) 33085241, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

_____ _____

Nome do participante da pesquisa Assinatura

_____

Nome do bebê (para consulta ao prontuário)

_____ _____

Nome do pesquisador que aplicou o Termo Assinatura

Porto Alegre, _____ de _____ de 2016.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 1 de 1

ANEXO A - Termo de aprovação pela COMPESQ

14/12/2015 Sistema Pesquisa - Pesquisador

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Eliane Norma Wagner Mendes

Retornar

Dados Gerais:

Projeto Nº:	30173	**Título:**	O SIGNIFICADO DO METODO CANGURU PARA AS MAES E OS PAIS DE RECEM-NASCIDOS DE PRE-TERMO
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	**Início:**	10/01/2016
Previsão de conclusão:	09/07/2016		
Situação:	Projeto Não Iniciado		
Origem:	Escola de Enfermagem	**Projeto Isolado com linha temática:**	enfermagem neonatal
Local de Realização:	não informado		

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

Palavras Chave:

MÉTODO CANGURU, MÃE, PAI, RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Equipe UFRGS:

Nome: ELIANE NORMA WAGNER MENDES
Coordenador - Início: 10/01/2016 Previsão de término: 09/07/2016

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 09/12/2015 Clique aqui para visualizar o parecer

Anexos:

Projeto Completo **Data de Envio:** 05/12/2015

https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms/form_index.php 1/1

ANEXO B – Termo de compromisso para utilização de dados

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

O significado do Método Canguru para as mães e os pais de recém-nascidos de pré-termo	Cadastro no GPPG 150610

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2015

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Eliane Norma Wagner Mendes	
Natália Antulino Fernandes	

ANEXO C – PLATAFORMA BRASIL

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA / UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O significado do método canguru para as mães e os pais de recém-nascidos de pré-termo.
Pesquisador: Eliane Norma Wagner Mendes
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 52443215.0.0000.5327
Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.457.622

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um trabalho de conclusão de curso vinculado à Escola de Enfermagem da UFRGS.
Os recém-nascidos de pré-termo (RNPT) vêm ocupando um espaço cada vez maior nas unidades de internação neonatais. O Método Canguru (MC)é um cuidado que visa proporcionar maior vínculo e a oportunidade de cuidados essenciais aos RNPT por parte dos pais. Os pais talvez desconheçam a relevância do seu papel nesse processo. O problema de pesquisa identificado é a necessidade de compreender qual é o significado do MC para as mães e pais dos RNPT. Será realizado um estudo qualitativo e descritivo, com o objetivo de compreender o significado do Método Canguru para as mães e os pais de RNPT. Os pesquisadores pretendem contribuir com subsídios que fortaleçam as orientações aos pais e otimizem a sua adesão ao MC e para que os RNPT desfrutem plenamente dos benefícios do MC em seu desenvolvimento.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Compreender o significado do Método Canguru para as mães e os pais de recém-nascido de pré-termo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:

A execução do projeto, até onde se sabe, não oferece riscos. Em relação ao método de coleta de dados por entrevista semi-estruturada, estipulou-se na metodologia que a entrevista seria gravada em áudio e teria uma duração de 40 a 60 minutos ; no entanto, alertados pelo possível desconforto dos sujeitos frente à gravação e à duração da entrevista, adicionou-se ao termo de consentimento a possibilidade do sujeito opinar acerca da gravação em áudio e do tempo que pretende destinar à entrevista e que ele seria atendido em sua manifestação. Salientamos que, para evitar o desconforto pelo afastamento do RNPT, as entrevistas serão realizadas no 11° andar em ambiente privativo e próximo ao local de internação, a UIN dispõe de uma sala para uso exclusivo dos pais que pode ser utilizada para essa finalidade.
Benefícios:
Fortalecer as relações pais X RNPT e otimizar a adesão dos pais ao MC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O projeto prevê a realização do estudo com RNPT, nascidos e internados após o nascimento no HCPA.
Localizada no 11° andar, a UIN do HCPA (UIN / HCPA) possui 50 leitos.
População e amostra: A população será composta pelas mães e pais de RNPT internados desde o nascimento na Unidade de Internação Neonatal e incluídos na MC. A amostragem será proposital e realizada de maneira sequencial. A amostra será composta por nove mães e três pais. Justifica-se o tamanho da amostra a partir de dois estudos prévios: o primeiro, publicado 2014,onde a amostra foi de nove mães e o tempo de coleta de dados foi de dois meses e o segundo, publicado em 2011, onde a amostra foi composta por dez mães e cinco pais e os dados foram coletados em um mês. Antecipar a formação da amostra em pesquisa qualitativa é uma tarefa difícil devido à natureza da investigação. O tamanho da amostra desse estudo poderá ser influenciado pelo critério de "saturação de dados".
Critério de Inclusão:
As mães e os pais, para serem convidados a participar do estudo precisarão estar incluídos no protocolo do MC da UIN / HCPA. Como critérios de inclusão, serão considerados aptos a participarem do estudo as mães e os pais de RNPT com idade gestacional ao nascer inferior a 34 semanas,internados desde o nascimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e incluídos no protocolo do MC da instituição.
Critério de Exclusão:
Serão retirados do estudo as mães e pais com idade inferior a 18 anos ou cujos RNPT possuam anomalias graves, pois essas interferem na formação do vínculo e apego.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA / UFRGS

Continuação do Parecer: 1.457.622

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Apresenta TCUD.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.423.648 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores de acordo com a carta de respostas adicionada em 07/03/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 14/12/2016,TCLE de 07/03/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Projeto cadastrado no sistema WebGPPG sob número 15-0610.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_556257.pdf	07/03/2016 15:54:48		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_Pendencias_07_03.docx	07/03/2016 15:48:40	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_tcle_adultos_GPPG_04_03_2016.pdf	07/03/2016 14:26:02	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA / UFRGS

Continuação do Parecer: 1.457.622

Outros	digitalizar0002.pdf	07/03/2016 13:07:44	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Outros	digitalizar0001.pdf	07/03/2016 13:05:47	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Outros	TCU_Dados.pdf	03/03/2016 11:42:28	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Outros	TCU_Dados_Inst.pdf	03/03/2016 11:39:20	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Outros	Delegafunc2.pdf	13/01/2016 12:54:50	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimentoesclarecido.pdf	14/12/2015 16:34:25	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2015.pdf	14/12/2015 16:28:35	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto2015.pdf	14/12/2015 16:27:00	Eliane Norma Wagner Mendes	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 18 de Março de 2016

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

ANEXO D - NORMAS E DIRETRIZES DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

3 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

3.1 Orientações gerais

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo *site*:
http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista.

A Revista irá solicitar o depósito de taxas de submissão e de publicação (**http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1**).

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, deverá ser efetuado pagamento das taxas de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar no sistema SEER. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito
(ex.: **TÍTULO**; **RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT**; **RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS" (http://decs.bvs.br), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título "Referências" e não "Referências bibliográficas". A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: **http://ccn.ibict.br/busca.jsf** e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: http://portal.revistas.bvs.br.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: "segundo...", "de acordo com...". Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...[1-4].

Alguns autores acreditam que...[1,4-5].

"[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu"[7].

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]", e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros**: apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

-**Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).