



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LIDIANE PAVANI FERREIRA PINAFFI

**MÉTODO CANGURU:
INTERVENÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

ARIQUEMES – RO
2018

Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi

**MÉTODO CANGURU:
INTERVENÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharelado em Enfermagem.

Prof.^a Orientadora: Esp. Kátia Regina Gomes Bruno.

Prof.^a Coorientadora: Dr.^a Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

Ariquemes – RO

2018

Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi
<http://lattes.cnpq.br/7290864660100735>

**MÉTODO CANGURU:
INTERVENÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharelado em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>
Prof.^a Orientadora: Esp. Kátia Regina Gomes Bruno
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

<http://lattes.cnpq.br/7277177050715747>
Prof.^a Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

<http://lattes.cnpq.br/4994015719356247>
Prof.^a M.^a Eliane Alves Almeida
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 06 de Dezembro 2018.

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

P645m	<p>PINAFFI, Lidiane Pavani Ferreira.</p> <p>Método canguru: intervenção humanizada do enfermeiro em unidade de terapia intensiva neonatal. / por Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi. Ariquemes: FAEMA, 2018.</p> <p>93 p.; il.</p> <p>TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.</p> <p>Orientador (a): Prof. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno. Coorientador (a): Prof. Dr. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Humanização. 3. MétodoCanguru. 4. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 5. Prematuro. I Bruno, Kátia Regina Gomes. II. Título. III. FAEMA.</p> <p style="text-align: right;">CDD:610.73</p>
-------	--

Bibliotecário Responsável
EDSON RODRIGUES CAVALCANTE
CRB 677/11

*Rodrigo, Gabriel e Geovana minha base, meus amores. A vocês, dedico
todo meu afinho para que este sonho tornasse realidade.*

AGRADECIMENTOS

Ser grato é uma dádiva, para isso, precisamos reconhecer a importância dos outros em nossas trajetórias.

Agradeço primeiramente a **Deus** por ter me dado a oportunidade de viver, ter me feito muito feliz e por ter colocado pessoas queridas em meu caminho. Também sou grata à Ele pela saúde e por ter me ajudado e capacitado a aprender com tudo que a vida me proporciona. Obrigada Senhor por sempre me ouvir e atender meu clamor. E tudo que sou hoje é graças ao Senhor meu bom Deus!

Rodrigo, meu esposo, meu ajudador bem presente, tem cuidado de mim e de nossos filhos nesses 22 anos juntos, meu amor você é o melhor presente de Deus em minha vida, te amo hoje, amanhã e para sempre. Obrigada pelo tempo doado a mim para que eu pudesse concluir meus projetos.

Gabriel e Geovana, meus filhos, dois seres humanos mais incríveis que tive o privilégio de gerar em meu ventre, dedico a vocês esta conquista, obrigada meus amores por estarem sempre me apoiando, tudo ficou mais leve com vocês ao meu lado. Meus olhos lacrimejam em lembrar das noites que você Gegê me esperava voltar da faculdade, para que eu lhe desse um beijinho de boa noite e a colocasse na cama e olha que já se passava das 23:00 horas. E você meu filhão, vivenciando este momento também, ingressou na Universidade do Oeste Paulista, foi morar longe, sem os cuidados da mãe e aconchego do lar, se mostrou forte e determinado, mas houve os momentos que a saudade bateu mais forte, neste momento largávamos tudo para ficarmos horas ao telefone amenizando a saudade. E agora estamos juntos abraçando nossas conquistas com muita emoção! Amo vocês infinitamente.

Mãe e pai, agradeço pelos seus cuidados, pelo amor sempre constante e pelas muitas orações a meu favor.

Agradeço a todos os meus **familiares**, em especial meus irmãos **Dilaine e Luciano**, sempre me apoiavam, com palavras de ânimo me ajudava a dar mais um passo para realização desse sonho, e hoje torna-se realidade. Amo vocês.

Às minhas professoras, orientadora **Esp. Kátia**, e Coorientadora **Drª Rosani**, agradecer a vocês seria muito pouco por tanto que fizeram por mim, porque não

transmitiram apenas o conhecimento profissional, transmitiram também amor, carinho e amizade e estes sentimentos são impagáveis. Esta jornada com vocês foi um presente de Deus, tudo que vivenciamos ficará guardado em meu coração.

Agradeço a você **Neiva** que sempre está nos bastidores, discreta e observadora, ampara a todos, nos mais delicados assuntos. Serei eternamente grata por sua atenção e carinho em momentos difíceis que passei para conseguir desenvolver meu projeto. Você terá minha eterna gratidão e admiração pelo seu trabalho.

A **turma 2014.1** meus colegas de sala, pessoas incríveis com histórias fantásticas. Uma palavra que descreveria nossa turma seria perseverança.

Aos meus amigos, o quarteto fantástico, **Mayara, Jussara e Thiago**, sempre temos pessoas que conhecemos e queremos levar para a nossa vida, vocês são esses que estão em meu coração com lindas lembranças.

Pequena **Maya**, minha amiga que tanto admiro, sou feliz por ter você em minha vida, sempre se agigantou nas tarefas que nos era dada, uma parceira incrível de estágio, estará para sempre em meu coração. “Em todo o tempo ama o amigo; e na angústia nasce o irmão”. Provérbios 17:17.

À **equipe da Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)**, do Hospital Monte Sinai – RO pela atenção, paciência e disponibilidade em participarem da realização desta pesquisa.

À enfermeira **Dieila Mello**, por toda atenção e carinho ao me recepcionar na UTIN, me acolheu e confiou em meu projeto. Você é uma grande colaboradora no processo do cuidado, incentivadora de sua equipe a participarem não apenas do meu projeto, mas de muitos outros nesta unidade. Obrigada por tudo.

Aos **bebês prematuros** que passam tempos imensuráveis nesta unidade, minha eterna admiração pela persistência e luta constante pela vida, por serem escolha de Deus para um propósito muito maior do que podemos imaginar. E a esses **pais** que em um momento tão fragilizado encontram forças para levarem o que têm de melhor para o seu filho que é o amor.

À enfermeira **Daniela Costa da UTIN** do Hospital de Clínicas de Uberlândia/MG, por todo esmero que tem ao setor Neonatal, me incentivou para o desenvolvimento deste projeto. Compartilhou ideias, enriqueceu de forma ímpar esta trajetória. Imensamente grata pelo seu carinho!

A todos os professores da Faculdade **FAEMA**, meus mestres e amigos que me ajudaram a trilhar este caminho tão almejado. Obrigada!

*“Batem juntos dois corações em permanente contato.
Dividem calor, carinho, conforto e segurança”.*

Roberta Costa

RESUMO

O Método Canguru é uma prática humanizada que prioriza o contato pele a pele em maior tempo possível entre a tríade mãe, família e bebê. Esse contato inicia nas instituições hospitalares e se estende até o cuidado em casa. Desta forma, reconhece a importância da sua implantação desde a unidade terapia intensiva neonatal por ser uma prática segura que prepara a mãe para o cuidado domiciliar e, nesse contexto, emerge o cuidado pela equipe proporcionando a empatia e solidariedade humana, reconhecendo o próximo como ser único biopsicossocioespíritual de forma integral. Objetivo: identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal sobre a primeira etapa do método canguru. A presente pesquisa utilizou os métodos quanti-qualitativo e análise de conteúdo de Bardin, realizado na unidade terapia intensiva neonatal cidade de Ariquemes/RO. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado de enfermagem composto por 22 questões, 21 fechadas e 1 aberta, sobre a primeira etapa do método canguru, tendo por base teórica a publicação de Tarcisio Laerte Gontijo. Sobre a primeira etapa do Método Canguru, a equipe de enfermagem relaciona-o com as contribuições para o desenvolvimento do bebê, o contato pele a pele entre o binômio, significados relativos a humanização e desconhecimento do método. Devido aos benefícios proporcionados pelo método canguru, essa técnica deve ser reconhecida pela equipe multiprofissional como norteadora do cuidado.

Palavras – Chaves: Enfermagem; Humanização; Método Canguru; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Prematuro.

ABSTRACT

The Kangaroo Method is a humanized practice that prioritizes the skin-to-skin contact in the longest possible time between the mother, family and baby. This contact starts inside the hospitals institutions and extends to home care. In this way, the importance of this Method's implantation is recognized since the intensive neonatal therapy unit because it's a safe practice that prepares the mother to the home care. In this case, emerges the group's care providing empathy and human solidarity recognizing the person as unique being bio-psycho-spiritual. Objective: to identify the knowledge degree of nursing professionals of the intensive neonatal therapy unit on the first stage of the Kangaroo Method. This research used quantitative-qualitative methods and Bardin's data analysis, all performed at the intensive neonatal therapy unit from the city of Ariquemes / RO. The data collection was done by using a nurse questionnaire structured by 22 questions, being 21 of marking answers and 1 of writing answer, about the first stage of the kangaroo method, having as theoretical base the publication of Tarcisio Laerte Gontijo. At first stage of the kangaroo method, the nurses crew relates the contributions to the baby development, the skin-to-skin contact between the binominal, meanings related to humanization and the lack of knowledge about the kangaroo method. This technique must be recognized by the multiprofessional team as the protagonist of the care due the benefits provided by the kangaroo method.

Keywords: Nursing; Humanization; Kangaroo Method; Neonatal Intensive Care Unit; Premature.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagem alusiva à participação do pai no exercício do método canguru ..	24
Figura 2 – Alojamento Conjunto mãe canguru	25
Figura 3 – Continuidade do método canguru em casa.....	26
Figura 4 – Momentos significativos para a formação de laços afetivos.....	27
Figura 5 – Localização do Estado de Rondônia no mapa do Brasil	37
Figura 6 – Localização de Ariquemes no Estado de Rondônia.....	37
Figura 7 – Localização dos Municípios da Região de Saúde Vale do Jamari	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por categoria profissional, tempo de serviço na unidade terapia intensiva neonatal, treinamento sobre o método canguru, existência dos protocolos assistenciais e orientações para utilização dos protocolos43

Tabela 2 – Análise das questões 7, 8 e 9, referentes ao instrumento de coleta de dados II – Organização Interna48

Tabela 3 – Análise das questões 10 e 11, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do método canguru “O Toque”50

Tabela 4 – Análise das questões 12, 13, 14, 15 e 16, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do método canguru “Amamentação” 52

Tabela 5 – Análise das questões 17 e 18 referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do método canguru “Pele a Pele”55

Tabela 6 – Análise das questões 19, 20 e 21, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do método canguru “Pele a Pele”56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação da temática e das Subtemáticas referentes a análise de conteúdo de Bardin (2016).....	42
Quadro 2 – Distribuição dos familiares que visitam os bebês conforme os entrevistados.....	47
Quadro 3 – Análise da Temática – Formação do vínculo através do método canguru.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESI	Comitê de Especialistas em Saúde Infantil
CGIAE/SVS	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas de Secretaria de Vigilância em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FCES	Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
LM	Leite Materno
MC	Método Canguru
MI	Mortalidade Infantil

MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Posição Canguru
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SM	Seio Materno
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidades Intermediárias
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
3 OBJETIVOS	35
3.1 . OBJETIVO GERAL	35
3.2 . OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3 METODOLOGIA.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1 . DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA UTIN.....	43
5.2 . ORGANIZAÇÃO INTERNA DA VISITA AO BEBÊ.....	47
5.3 . DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU	50
5.3.1 O Toque	50
5.3.2 Amamentação	52
5.3.4 Pele a Pele.....	54
5.4 . APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DA QUESTÃO 22, SIGNIFICADOS DO MÉTODO CANGURU	58
5.5 . FORMAÇÃO DO VÍNCULO ATRAVÉS DO MC	59
5.5.1 Contribuições do MC para o desenvolvimento do bebê	59
5.5.2 O contato pele a pele entre o binômio.....	59
5.5.3 Significados relativos a humanização.....	61
5.5.4 Desconhecimento do MC	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66
ANEXO I	83
.... QUESTIONÁRIO	83
ANEXO II	86
.... TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	86
ANEXO III	88
.... CARTA DE ANUÊNCIA	88

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) juntamente à Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGIAE/SVS) se voltam ao acompanhamento dos indicadores de mortalidade, em especial a mortalidade infantil (MI). Esta união é de extrema importância para o desenvolvimento de políticas governamentais direcionadas à promoção da saúde da criança como descrito no Art. 24 da Convenção dos Direitos da Criança, que trata do compromisso assumido pelo Brasil, em 1990, de adotar as medidas apropriadas para reduzir a mortalidade infantil. (BRASIL, 2011a).

Assim, afirma o cumprimento dos compromissos do governo com os pactos nacionais e internacionais relacionados com a melhoria da saúde infantil, em especial a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). (BRASIL, 2000; BRASIL, 2015a). Com este comprometimento o Brasil obteve redução da taxa de mortalidade infantil nos últimos 25 anos. (PEDRO; RODRIGUES; SILVA, 2016; THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT, 2015).

Essas repercussões atingem diretamente a família, pois está envolvida durante todo o processo do cuidado com o bebê. Nessa circunstância, se expõe a preocupação com a separação precoce de mãe-filho e do convívio familiar, desestímulo ao aleitamento materno, interrupção de vínculo afetivo, dentre outras notificações cabíveis. Dessa maneira, compete ao profissional aplicar seu conhecimento científico e humanístico no cuidado e priorizar o bem-estar do bebê, a inserção familiar nos cuidados e empenho no sujeito dotado de emoções e individualidade, que norteia toda dedicação assistencial. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Visando a humanização da assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso Método Canguru (MC). Com essa norma atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, os hospitais têm em mãos as informações necessárias à implantação e aplicação do MC. (BRASIL, 2013a).

Em todo o mundo esse cuidado é conhecido como “método canguru”, referindo-se a uma forma de atenção e cuidado priorizando o contato pelo maior

tempo possível pele a pele entre a família, mãe e bebê de baixo peso desde as primeiras semanas de vida. Este contato inicia-se no ambiente hospitalar, e em continuidade deve ser mantido em casa, depois da alta, até que o bebê complete cerca de 40 semanas de idade gestacional, idade corrigida devido o nascimento prematuro. (VÉRAS; TRAVERSO-YEPEZ, 2010).

O Método Mãe Canguru (MMC) foi desenvolvido na Colômbia na década de 70, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, no hospital San Juan de Dios, pelos doutores Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martinez, com o intuito de melhorar o atendimento ao recém-nascido pré-termo, buscando redução de custo da assistência perinatal e potencializando o afeto mãe-filho, obtenção de melhor desenvolvimento neonatal (MANTELLI et al., 2017). São três as etapas do MC Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidades Intermediárias (UI) e domiciliar com acompanhamento ambulatorial. (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017c).

Reconhece-se a importância da implantação do MC por ser um método seguro sob os cuidados da equipe multiprofissional e dos olhares atentos dos pais, quando se trata de recém-nascidos de baixo peso (RNBP) e/ou prematuros, os quais estão em processo de ganho de peso, por tempo prolongado para maturação de suas funções fisiológicas. (BORCK; SANTOS, 2012). E ainda, a implantação do MC surge como alternativa de humanizar o atendimento neonatal, envolvendo a equipe junto à mãe e ao bebê sob cuidado assistencial, promovendo a interação da tríade equipe, mãe (família) e prematuro.

Nessa concepção, nós cuidadores, nos apoderamos da experiência humana como forma de humanizar um encontro de conhecimentos científicos com pensar em saúde, construindo um momento de encontro e acolhimento com competência e responsabilidade, onde o ser humano é priorizado. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Desta forma, a assistência no atendimento ao bebê e familiares demonstra ações de sensibilidade, empatia e solidariedade humana, reconhecendo o próximo como ser único biopsicossocioespiritual de forma integrada.

Logo, os eixos norteadores dessa pesquisa são a implantação do MC, humanização e primeira etapa do MC que representam conjuntos de conceitos para repensar os modelos de assistência no espaço de UTIN, tendo por finalidade o despertar para o cuidado a um ser tão pequenino e frágil atendidos em UTIN, dentro de incubadora aquecida lutando pela vida. (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016).

Como forma de melhorar a compreensão, essa pesquisa considerou útil identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da UTIN sobre a primeira etapa do MC, dada a particularidade do cuidado, aproximação precoce e a qualidade do vínculo familiar, sendo muito importante e fundamental para o desenvolvimento do bebê, principalmente do prematuro que permeia situações de risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

"A partir de então, reforço a mim mesma, dia após dia, que a melhor ferramenta para cada enfermeiro carregar no bolso do jaleco é a empatia, mas deve ser naquele bolso superior que repousa sobre o peito esquerdo, a fim de que expanda suas influências ao coração de cada um". (LIA PERSONA)

A prematuridade não é previsível e decorre de situações variantes, em classes sociais e em todos os lugares, tornando-se o maior fator de risco para o recém-nascido no tocante ao adoecimento e morte, porém não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante a infância e na vida adulta, podendo repercutir em custos sociais e financeiros. Considera-se ainda, que tais prejuízos extrapolam o campo da saúde física e atinge as dimensões cognitivas e comportamentais, tornando esse problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública Contemporânea. (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2016).

A atenção à saúde dos bebês prematuros passou por grandes transformações através dos tempos. De uma assistência anatomofisiológica visando à redução da morbimortalidade, para uma assistência preocupada na integração da família e cuidado humanizado, com ênfase no processo saúde-doença-cuidado, vislumbrando o crescimento, desenvolvimento e a qualidade de vida. (GAIVA; SCOCHI, 2004).

Segundo Rodrigues e Oliveira (2004) em 1882, foi inaugurada, a primeira Policlínica Geral, que reconhecia a complexidade etiológica e a gravidade social do problema da infância. Este, por sua vez, solicitou ao governo implantações de clínicas pediátricas em faculdades no país, que incentivassem estudos e ensino de patologias infantis. Em 1912 houve estabilidade no ensino da pediatria no Rio de Janeiro. (SANGLARD; FERREIRA, 2010).

No ano de 1899, foi criado o Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro, tendo seu funcionamento efetivo no ano de 1901, atendendo independentemente da etnia ou nacionalidade, crianças desde o ventre da mãe, até quatorze anos de idade. Como parte deste cuidado em 1908 foi inaugurada a primeira creche popular. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Esse empenho nos estudos, promoveu ao século seguinte, uma assistência de qualidade, responsável pela redução da mortalidade e morbidade neonatal. Em 1950, o desenvolvimento sócioeconômico, industrial e urbano permitiu que o hospital

assumisse a posição central no setor da saúde e a assistência individual a criança doente. (COLLET; ROCHA, 2000).

Na década de 1960, o processo de transição epidemiológica culminou com a mudança do caráter assistencial de bebês prematuros, ou seja, permitindo que a gestação interrompida por um parto prematuro fosse assistida desde a 23^a a 24^a semanas e não mais a partir da 30^a a 31^a. Apesar dessa progressiva melhora na sobrevivência do bebê, as sequelas decorrentes da prematuridade, vem sendo um enfrentamento vivenciado pelos pais e médicos na tomada de decisão para conduzirem o tratamento e o suporte à essas crianças prematuras e/ou Baixo Peso ao Nascer (BPN). (CASTRO; RUGOLO; MARGOTTO, 2012).

O Comitê de Especialistas em Saúde Infantil e materna (CESI) da Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu neonato prematuro como sendo aquele nascido antes de 36 semanas e 6 dias de gestação e BPN (<2.500g). (MENDES et al., 2015; KENNER, 2001). E recém-nascido termo, as duas instituições consideram como sendo de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 294 dias) de gestação. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016b). O peso também é um importante parâmetro para analisar as condições de saúde do recém-nascido, associado a dificuldades desenvolvimento infantil refletindo na vida adulta. (VIANA et al., 2013; COSTA; GOTLIEB, 1998). Com esses indicadores, pode-se descrever o crescimento esperado dos bebês, preditor da morbi-mortalidade infantil (MENDES et al., 2015).

Em 2015, a OMS avaliou que, devido a complicações do BPN, morreram globalmente mais de um milhão de crianças em países em desenvolvimento. (GRAYSON, 2018).

O processo do nascimento prematuro é de difícil avaliação, entendendo que, existem diversos fatores influenciando este momento. (RAMOS; CUMAN, 2009).

Assim, estudos epidemiológicos mostram que os casos de nascimentos prematuros são agravados por fatores como os biomédicos, sociais, pessoais, sócio demográficos e genéticos, destacando a assistência pré-natal ausente ou tardia, estado nutricional, idade da mãe, atividade materna intensa, baixa escolaridade materna, uso de drogas (tabagismo, alcoolismo entre outras), doença aguda ou crônica da mãe, gemelaridade, infertilidade, históricos de partos prematuros e erro de data Idade Gestacional (IG). (CASCAES et al., 2008; BRASIL, 2014c; OLIVEIRA, 2015).

Para tanto, a sobrevivência dos prematuros e recém-nascidos de baixo peso (RNBP) exige preparo da equipe, tecnologia e equipamentos. Quando esses recursos são limitados ou indisponíveis, principalmente em países em desenvolvimento, se tornam um problema de saúde pública. (FERREIRA; SOUZA, 2011).

Nesse sentido, Almeida, Almeida e Forti (2007) mencionam que, grande parte da mortalidade neonatal pode ser prevenida e tratada por meio de intervenções simples, efetivas e de baixo custo, iniciando na unidade hospitalar, com seguimento em casa e comunidade, propondo assim, a adoção do MC.

Seguindo essa mesma linha de pensamento e como já mencionado na Introdução, o MMC começa em Bogotá (Colômbia) em 1979, com a intenção de acabar com as práticas vigentes nas maternidades colombianas, em colocarem mais de dois bebês em uma mesma incubadora, decrescer a mortalidade infantil e bem como, valorizar a presença da mãe. (VÉRAS; TRAVERSO-YEPEZ, 2010).

Assim, em 1980, 36 pesquisadores e profissionais de saúde de alguns países da Europa, Ásia, África e América do Norte e Sul, que vivenciaram o MC reuniram-se em Trieste, Itália para discutir a aplicabilidade, aceitabilidade, efetividade e segurança dessa assistência ao prematuro e RNBP em várias localidades. (CARDOSO et al, 2006).

Por parte dos países, o método foi testado, constatando relevada segurança e boa aceitação. De igual modo, houve divulgação mundial para aplicação do método também em atendimentos de países desenvolvidos, corroborando para que reduzissem taxas de mortalidade e morbidade. (GONTIJO, 2012).

Em 1984, esta prática foi amplamente divulgada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e, a partir de então, se estendeu pelo mundo afora. No Brasil as instituições pioneiras que primeiramente aplicaram o MMC em 1991 foram o hospital Guilherme Álvaro, localizado em Santos, no interior de São Paulo, e Instituto Materno-Infantil, em Recife capital do estado de Pernambuco, hoje conhecido como Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. (LAMY et al., 2005).

Vale complementar que, em março de 1999 a partir da Conferência Nacional sobre o Método Canguru de Assistência ao Prematuro, promovida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no Rio de Janeiro, o MC foi amplamente divulgado. (MACHADO, 2017).

Com a intenção de melhorar a eficiência e a eficácia do MC, o MS constituiu um grupo de discussão conceitual, origem, definição, vantagens e dificuldades, levando ao entendimento de sua importância no cuidado assistencial e ao amadurecimento de uma proposta nacional e não de uma técnica a mais, mas sim, uma proposta contextualizada em um trabalho amplo de humanização. (LAMY, 2003; CALAMEO; REA, 2006).

Já apresentada anteriormente, a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, inclui a tabela de procedimentos do SUS para a aplicabilidade do MC, além do programa de capacitação dos profissionais das diferentes especialidades que lidam com o recém-nascido, sua mãe e sua família (BRASIL, 2013a) e ainda, descreve o contato pele a pele e posição canguru, como partes de um conjunto de cuidados integral, família e prematuro, visando a saúde e a qualidade de vida após a alta. (COSTA et al., 2010).

O documento exposto acima destaca a implementação do Método Canguru em três etapas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal, onde o enfermeiro nota a gestante de alto risco, evoluindo para nascimento prematuro necessitando de internação na unidade neonatal, onde o prematuro permanecerá por um período de tempo para adaptar-se à vida extrauterina. Nessa fase, encontra-se em destaque que o pai e/ou acompanhante da mãe acompanhe a transferência do bebê para a UTIN para receber notícias iniciais da internação; a aproximação mais breve possível dos familiares com bebê, facilitar a interação parental entre pai e bebê e o estímulo e o encorajamento da mãe em oferecer o seio materno (SM) e o contato pele a pele progressivamente, até a posição canguru (PC). (BRASIL, 2018c).

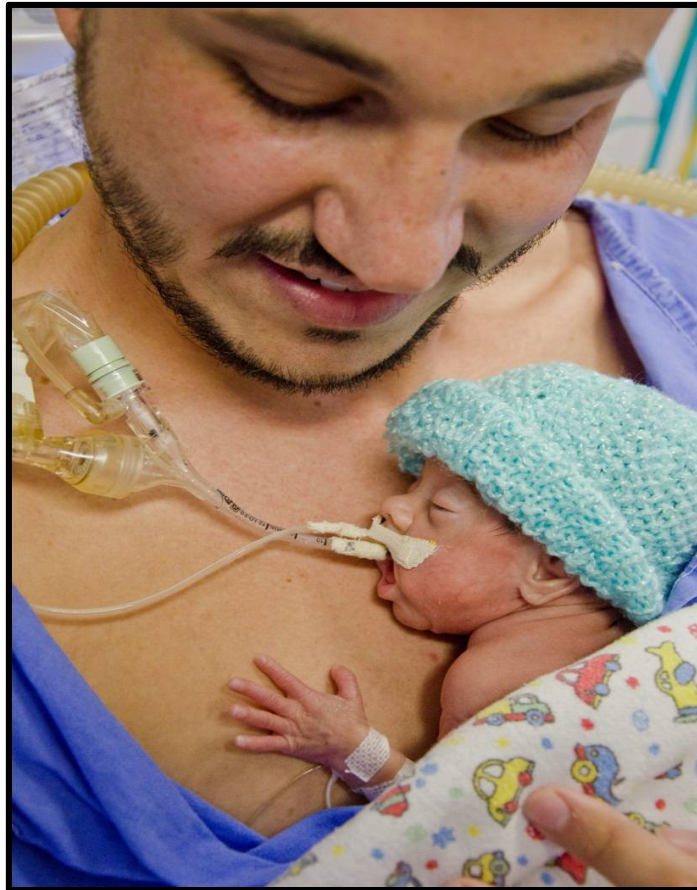


Figura 1 – Imagem alusiva à participação do pai no exercício do método canguru

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre RS, 2017

A segunda etapa descreve a díade mãe e bebê em alojamento conjunto, em PC o maior tempo possível. O MS descreve a Portaria Nº 2.068, de 21 de Outubro de 2016 instituindo diretrizes para organizações de atenção integral e humanizada em alojamento conjunto para mãe e bebê. (BRASIL, 2016a). Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação do bebê e da mãe. A mãe se dedica ao máximo na oferta do SM e cuidados específicos ao bebê, ambos amparados pela equipe.



Figura 2 – Alojamento Conjunto mãe canguru

Fonte: Sistema de Informação em Saúde, 2010

A terceira etapa é domiciliar. Essa etapa consiste no acompanhamento do bebê no ambulatório após a alta. Se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, com privilégios à continuidade da abordagem biopsicossocial. Após o bebê atingir este peso, ele recebe alta do MC e se dá continuidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde é acompanhado peso, crescimento, perímetro cefálico, a continuidade do aleitamento materno e essas consultas são pautadas na demanda da família, em que as dúvidas são sanadas para que se tenha sempre um bom resultado no cuidado. (BRASIL, 2007).



Figura 3 – Continuidade do método canguru em casa

Fonte: Brasil, 2015b

Importante esclarecer que, o citado documento deixa evidente a diferença entre MC e PC. O MC é um tipo de assistência neonatal que implica aproximação familiar precocemente de forma gradativa pelo tempo que ambos acharem prazeroso, permitindo maior participação no cuidado a seu RN. Já, a PC, vem conceituada em manter o RN só de fralda, no tórax do familiar, (mãe, pai, irmãos, avós) pele a pele (decúbito prono), na posição vertical. (BRASIL, 2007).

As relações estabelecidas entre mãe/ pai e bebê no primeiro encontro é um momento único para a família. A equipe deve observar aspectos especiais e individuais de cada família, atenta às suas individualidades. Alguns chegam atentos a informações, outros querem apenas observar, não conseguem assimilar nada naquele momento; alguns querem tocar o bebê, compreender sinais visualizados, falar com o bebê, outros não conseguem se aproximar por um período de tempo, e essa individualidade deve ser respeitada. Logo, cabe à equipe os cuidados técnicos e humanizados relativos ao atendimento do bebê, e também a essa mãe/família, orientando nos primeiros passos como o toque, a retirada do leite, participação nas trocas de fraldas capacitando para cuidados que antes pareciam quase que impossíveis ao primeiro olhar. (LAMY et al., 2005).



Figura 4 – Momentos significativos para a formação de laços afetivos

Fonte: Brasil, 2017b

Colaborando com este cuidado posicionamento canguru a técnica de colocar o prematuro pele a pele ao familiar produz resultados relevantes já que a pele é o maior órgão do corpo humano, sendo o sistema tátil o primeiro a apresentar maturação precoce. Desta forma, o prematuro, pode ser capaz de sentir reflexos ao toque superficial e prolongado, desenvolvendo algum grau de aprendizado frente aos estímulos cutâneos. (BRASIL, 2017c). Assim a posição canguru é relevante pois é realizada em contato pele a pele e suas vantagens vão além de um método, ele constrói vínculo familiar, promove aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, capacita os pais no manuseio do seu filho, proporciona controle térmico, intensifica o relacionamento familiar com a equipe de saúde e menos tempo de internação. (SANTOS; AZEVEDO FILHO, 2016).

Todo este contexto permite a compreensão de que o MC ultrapassa a PC, uma vez que o prematuro não pode ser colocado em PC até a sua estabilização, mas as ações que envolvem o método iniciadas através do acolhimento, aproximação dos pais com bebê, estímulo ao toque, promove um cuidado que perpassa procedimentos e técnicas. (LAMY et al., 2005). Considerando esta atuação

presente dos familiares nas unidades neonatais, é imprescindível a valorização ímpar do enfrentamento de cada um. Desta forma, a equipe de enfermagem neonatal, juntamente ao profissional psicólogo com todo o conhecimento científico e a arte do fazer, devem minimizar os anseios vivenciados pelos familiares, empoderando-os na inserção do cuidado e na formação do conhecimento junto ao prematuro. (GOMEZ; VIDAL; LIMA, 2017).

Desta forma, a abordagem, ensinamentos e acolhimento a mãe e familiares nos primeiros encontros pós-parto antes da aplicabilidade do MC é extremamente importante para que haja uma efetiva aproximação e participação no cuidado, superando obstáculos enfrentados pela tríade (mãe, pai e bebê). (VERONEZ et al., 2017).

Duarte (2018), Rocha e Ferreira (2013), Mantelli et al. (2017), Lopes (2017) acenam para o mesmo sentido quando mencionam que, por tempos e em todas as culturas humanas, o nascimento de um bebê sempre despertou corações e mentes, em particular, a experiência vivida por esta mulher, ficará para sempre marcada em sua memória e, por isso, todos os comprometidos na sua assistência devem lhe proporcionar uma segurança com muito carinho e humanismo. Indubitavelmente para a mãe, a gravidez e o nascimento em especial, são eventos únicos repletos de fortes sentimentos e emoções. (BRASIL, 2014a, BRASIL, 2014d).

Com a vinda de um bebê prematuro, os pais se deparam com situações opostas ao esperado, modificando todos os planos familiares. Reconhecem que, nunca estão preparados para um nascimento prematuro muito menos para uma internação do bebê em UTIN. (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

E neste período, ocorre um processo de afeiçoamento entre o bebê e familiares, onde o enfermeiro se destaca como facilitador na construção deste relacionamento, surtindo efeitos futuros entre ambos. (GUIMARÃES, 2006). Ressalta-se que, toda forma de cuidado com o bebê que a equipe de enfermagem passa aos pais, servirá como continuidade de cuidado, quando estiverem no ambiente intrafamiliar. (COELHO et al., 2018). E essa interação recíproca, torna-se forte a cada dia. (TAMEZ, 2017).

Estes laços afetivos formados na adaptação inicial dos pais com o bebê, tornam-se diálogos sincrônicos, onde estes, já identificam as respostas de seu filho aos estímulos promovidos pelo toque. (FELDMAN, 2007). Diante disso, o MS recomenda uma hora, como tempo mínimo para este contato, descrevendo o tempo

que o bebê leva para estabilizar e alcançar os benefícios que o método propõe. (BRASIL, 2018d).

Cabe salientar que, este cuidado foi aprimorado com o surgimento das UTIN sendo definida como um local de atendimento assistencial a bebês de alto risco, tendo como objetivo garantir maiores possibilidades de sobrevivência. (PEDROSO; BOUSSO, 2003) e na visão da família, esta unidade é um ambiente pouco amigável e até mesmo hostil, inibindo os comportamentos espontâneos de afeto e aproximação. (CALAZANS; NASCIMENTO; CABRAL, 2009).

Incrementando o tratamento por meio de técnicas de procedimento e equipamentos, aumenta significativamente a sobrevivência do prematuro, contudo, ainda hoje se posterga a inclusão desta família como parte deste processo, de forma que, os pais seguem as rotinas de horários para visitarem seus filhos. (SILVA; BARBOSA; ROCHA; FERREIRA, 2018).

Nessa perspectiva de aproximação, o MC instiga para toda a forma do cuidado, descrevendo o cuidado ao neonatal composta por princípios de humanizar, permitindo mãe e filho permanecerem em contato pele a pele durante o maior tempo possível na UTIN, proporcionando um vínculo afetivo, empoderando a mãe na habilidade do cuidar, favorecendo o estímulo à amamentação. (FERREIRA; SOUZA, 2011).

É valoroso descrever também que, quando esse prematuro é admitido na UTIN, os planos desta mãe em amamentar são modificados, levando-a experimentar sensações diferentes em relação ao almejado. (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Essa desorganização emocional gera conflitos desconfortantes, e para amenizar essas sensações oriundas, é necessário apoio da equipe que com toda capacitação aproxime mãe e filho para que este momento de crise inicial seja superado. (SANTOS et al., 2013).

Para amenizar esse momento inóspito é importante a participação dos pais no cuidado. E para isso, a equipe com olhar experiente tem que diminuir o máximo possível o dano emocional causado a família por verem o bebê neste ambiente, que até então para eles era desconhecido. (ROCHA; FERREIRA, 2013).

Quando a equipe promove a participação destes pais no cuidado ao bebê, eles não se supõem mais coadjuvantes no cenário da UTIN, se reconhecem e são reconhecidos como atores principais, parte integrante da assistência prestada ao bebê. Estes pais que, gradativamente são estimulados ao toque, oferecem leite,

trocam fralda, até colocam em PC, seguramente diminuem a separação tão intensa entre ambos. (LAMY, 2003).

Nesse sentido o MC representa uma forma de estímulo à ligação entre mãe/pai e bebê, e se apresenta como fator de relevância na recuperação do prematuro com o estímulo do toque, seguido de confiança e segurança até o momento da posição canguru, permanecendo pelo tempo que mãe e filho acharem prazeroso, este contato deve ser contínuo, pelo maior tempo possível, não substituindo a tecnologia, mas promovendo vínculo interrompido com o nascimento prematuro deste bebê. (SOUZA et al., 2014).

Lembrando que, todo esse processo também é novo para bebê, que pode especialmente nos primeiros contatos, manifestar agitações e intranquilidades, que poderá deixar os pais preocupados. Contudo a orientação dada pela equipe desses sinais, principalmente nas primeiras experiências, promove uma segurança para as próximas etapas. (LAMY, 2003).

O prematuro se for tocado, acariciado, alimentado e aconchegado no colo apresentará melhora da respiração, ganho de peso, sentirá mais protegido e seguro. (SANTOS; AZEVEDO FILHO, 2016). Desta forma, a percepção de inúmeros estímulos desconfortáveis, como procedimentos invasivos, ruídos e luminosidade sentido através do sistema sensorial, tornam-se menores. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Diante o momento em que o bebê é colocado na posição canguru, a entrega é tanta que é como se ele voltasse para um lugar que é seu, e este contato contínuo, cálido e estreito desenvolve o vínculo e o apego entre a mãe e o seu bebê, e entre estes e sua família, demonstrando seu conforto através de expressão facial, estabilidade respiratória, cardíaca, relaxamento corporal. De igual modo, os pais sentem esta mudança do bebê, em um envolvimento íntimo de emoções recíprocas, eles também relaxam e até adormecem abraçados. (LAMY, 2003).

Essas mudanças também refletem nos custos de atenção aos neonatos, manifestando por melhor padrão alimentar, diminuição do tempo de oxigênoterapia, melhora da qualidade do sono dos prematuros, baixa incidência de apnéia, ganho de peso, aumento do vínculo mãe e filho estabelecendo precocemente a relação deste binômio diminuindo o risco de abandono, conseqüentemente menor tempo de hospitalização. (ALMEIDA; ALMEIDA; FORTI, 2007).

Também, o fato da mãe segurar o bebê constitui um fator relevante para analgesia de forma que, quando o bebê permanece no aconchego materno as endorfinas são acionadas, promovendo bem-estar. (LAMY et al., 2005). Dessa maneira, incluir estes pais no cuidado significa muito além de executar tarefas aprendidas, representa um exercício de reconhecimento do seu bebê, ligação afetiva e aceitação. (FERREIRA; SOUZA, 2011).

Por meio desta forma de cuidar, a equipe neonatal deve pensar que o MC está muito além de uma imagem de um casal com o filho ao peito, mas um cuidar integral do ponto de vista clínico e de suas relações iniciais. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Assim, ao captar a importância dessa família no cuidado ao prematuro e/ou RNBP na UTIN durante a internação, se apreende uma ligação íntima, ímpar, de um percurso natural da vivência familiar, permitindo à equipe um cuidado mais próximo da realidade materna e familiar, valorizando sua subjetividade e presença, incentivando a participação, e aos cuidados do bebê. (ARAÚJO; ROGRIGUES, 2010a).

Segundo Ocampo (2013), este processo de hospitalização, rompe um vínculo afetivo em formação. E na percepção materna, este distanciamento perpassa um sentimento de vazio, desconhecimento, insegurança e incapacidade para o cuidado ao seu filho. Têm a impressão de que não são importantes, e de que nada podem fazer para ajudar em sua melhora principalmente, quando não são orientados sobre a importância dos cuidados maternos e paternos. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013b).

Neste momento a equipe neonatal deverá minimizar ao máximo a separação do bebê com seus pais, promovendo a formação e/ou o fortalecimento dos laços afetivos, reconhecendo que, esse vínculo, não ocorre imediatamente e sim gradativamente, sendo vista como um processo contínuo, alegando que, para o bebê prematuro, buscar o conforto oferecido pelos genitores é muito mais difícil, quando comparado com o RN termo (que já respondem a estímulos) necessitando, assim, da ajuda dos profissionais de saúde para diminuir as dificuldades da aproximação afetiva. (SANTOS; SILVA; OLIVEIRA, 2017).

Outras medidas que fortaleça essa inclusão familiar no cuidado ao desenvolvimento do prematuro são muito importantes, pois assim estarão humanizando a assistência e preparando esta família para tão almejada alta hospitalar. (PEDROSO; BOUSSO, 2003).

Acrescenta-se também o acolhimento desses pais como forma humanística para adaptação, alento e redução do estresse em ambos, família e neonato, promovendo a assistência de forma integral e humanizada. (VERONEZ et al., 2017).

Assim, a humanização vem como processo de construção aperfeiçoando a natureza humana um relacionamento mais acolhedor com o outro.

Nesse sentido, vale citar o conteúdo a seguir:

Apesar das controvérsias que existem em torno da palavra humanização, nos apropriamos dela como uma forma de expressar um comprometimento não apenas com as dimensões práticas do trabalho, mas também com as dimensões subjetivas e sociais da vida dos quais cuidamos. Humanizar é então, um novo paradigma onde fazer e pensar em saúde se integram e priorizam a construção de relações de encontro e acolhimento, com autonomia e responsabilização, onde a totalidade dos sujeitos fica garantida. (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009, p. 687).

Face ao exposto, o cuidado humanizado tem sido alvo de grande interesse na área de saúde em especial na área de enfermagem devido a atividade vivenciada diretamente com ser humano em situação de vulnerabilidade, exercendo um modelo mecanicista e terapêutico. (WALDOW; BORGES, 2011).

De acordo com este pensamento, no cuidado neonatal, a equipe deve, além do cuidado ao prematuro, reconhecer a sua família como conjunto do cuidado, estimulando e promovendo sua participação junto a esse bebê. (PINTO et al., 2010).

No Brasil, a Constituição Federal, o Art. 227. reconhece a família como a base da sociedade, com proteção do Estado. (BRASIL, 2010a), afirma a importância da aproximação familiar na formação de uma rede social através das crianças e adolescentes, sobretudo àqueles que precisam de proteção. (RATH, 2011).

Pensando na melhoria do cuidado e no acolhimento dos familiares junto aos seus filhos, algumas iniciativas aconteceram, como a regulamentação da Lei nº 8.069, de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), afirmando a permanência do acompanhante em período integral ao longo da hospitalização infantil. Assim, a equipe da unidade volta a atenção também às necessidades da família, ampliando o cuidado para a díade neonato e família. (BRASIL, 2010b).

Ampliando a ótica, o MS, lançou por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Com essa norma atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de

2007, os hospitais têm em mãos as informações necessárias à aplicação do Método Canguru. (BRASIL, 2013b).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído pelo MS, o Programa Nacional de Humanização Assistência Hospitalar (PNHAH), Portaria nº 881, de 19/06/2001, implementando projetos e ações, visando vicissitude significativa à assistência ao usuário da rede pública de atendimento, melhorando a qualidade e eficácia dos serviços prestados nos hospitais do SUS, estabelecendo diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação das iniciativas de humanização. (BRASIL, 2001).

Em 2002, o MS lançou o primeiro manual do MC, visando ao treinamento dos profissionais de saúde para atuar no programa, como forma de contribuir para a disseminação e ampliação do método. No período de dois anos, foram capacitados 1.850 profissionais, de 269 maternidades distintas. (BRASIL, 2002).

Tal perspectiva de capacitação, buscou promover uma qualidade na assistência à gestante, ao recém-nascido e sua família a partir de uma abordagem humanizada e segura, favorecendo o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, contribuindo para o vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê. (BRASIL, 2016b).

Em 2011 o MS publicou o segundo manual do MC para treinamento das equipes de saúde. Neste material houve uma mudança na terminologia da “posição canguru” onde incluiu o pai em contato pele a pele com RN e não só a mãe como se descrevia anteriormente na proposta brasileira. Neste sentido, atualmente, no Brasil aplica-se a terminologia MC ao invés de MMC. (BRASIL, 2011b).

O MC segue quatro pilares norteadores de todas as ações da equipe de saúde: acolhimento ao bebê e a sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais cedo possível; envolvimento da mãe e pai nos cuidados do bebê. (LAMY et al., 2005).

Assim, suas vantagens são para além de um resultado imaginário. Para a família o tempo de separação é reduzido, favorecendo assim, o vínculo familiar possibilitando maior confiança e competência no trato com seu bebê. (BRASIL, 2002).

Nessa relação de empatia promovido pelo MC, amplia-se os cuidados prestados ao prematuro para além do contexto biológico, mudando paradigmas da

assistência neonatal, construindo projetos de cuidados singulares em ações de apoio social e familiar voltado ao atendimento de qualidade do cuidado científico/humanizado, constituindo objetivos fundamentais que ampliam estratégias integradoras onde as relações e experiências humanas sejam valorizadas. (BRASIL, 2018c).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a primeira etapa do MC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o processo do cuidado ao recém-nato no âmbito da UTIN, em tempo anterior à origem do MC;
- Destacar a relevância do contato pele a pele enquanto elemento fundamental na compreensão e na implementação do MC;
- Verificar a existência da prática humanizada dos profissionais de enfermagem da UTIN, frente ao MC;
- Identificar o MC como protagonista de mudanças de práticas do cuidado, tornando-o mais humanizado diante da intensificação do vínculo entre o prematuro e/ou recém-nascido baixo peso (RNBP), familiares e equipe neonatal.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), aprovado pelo parecer número 2.773.004.

Para compreender o conhecimento dos profissionais enfermeiros nos cuidados ao prematuro e RNBP, foi realizada uma pesquisa de campo de caráter descritivo, exploratória com abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Segundo Minayo et al. (2002) pesquisa qualitativa é descrita de uma amostra de intensidade social, que permite compreender fenômenos específicos nelas apresentadas passíveis de investigações. O quantitativo visa enumerar resultados obtidos através de uma amostra, garantindo a precisão dos resultados. (OLIVEIRA, 1999).

O município de Ariquemes-RO sediará a presente pesquisa, a qual foi realizada na UTIN da Clínica Masterplástica Monte Sinai, situada na Avenida Jamary, número, 3140 – Bairro – Centro. Importante destacar que Ariquemes é referência para os municípios de Campo Novo, Buritis, Monte Negro, Cacaulândia, alto Paraíso, Rio Crespo, Cujubim e Machadinho. Se encontra nas margens da rodovia BR-364, do estado de Rondônia e é ponto estratégico de parada para os municípios pertencentes ao Vale do Jamari. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2018a) o município possui uma área territorial de 4.426,571(km²), conforme dados de 2016, cuja estimativa populacional de Ariquemes é de 107.345 habitantes no ano de 2017. A seguir, apresenta-se o mapa da localização do Estado de Rondônia no mapa Brasil, localização de Ariquemes no Estado de Rondônia e localização do municípios da Região de Saúde Vale do Jamari, com população total do Município de 222.668 habitantes.



Figura 5 - Localização do Estado de Rondônia no mapa do Brasil

Fonte: BRASIL; 2018^a

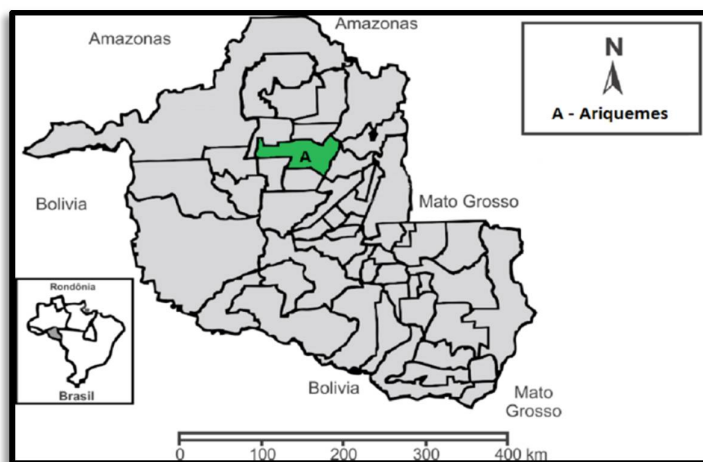


Figura 6 – Localização de Ariquemes no Estado de Rondônia

Fonte: ResearchGate; 2014.



Figura 7 - Localização dos Municípios da Região de Saúde Vale do Jamari

Fonte: Mapa da Região de Saúde do Vale do Jamari. Rondônia¹.

O local da pesquisa, por sua vez, a UTIN da Clínica Masterplástica Monte Sinai está em funcionamento desde agosto 2017, prestando assistência de forma integral neonatal e consta de duas (02) salas, para atendimento Intensivo neonatal e cuidados intermediários, atendendo de forma única e exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Vale mencionar que se trata de uma unidade de pequeno porte, com 6 leitos.

Ao que se relaciona ao tamanho da unidade, os termos pequeno, médio, grande e extra, referem-se unicamente ao número de leitos, sendo instituída à Portaria nº 400 de 06/12/1977 pelo MS não tendo qualquer relação com a qualidade e complexidade da assistência prestada (BRASIL, 1977; UGÁ e LÓPEZ, 2007).

Esta unidade presta assistência de alta complexidade, possuindo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) número 2515598. O CNES é uma das bases de dados utilizadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), sendo de responsabilidade do gestor estadual ou municipal a inclusão da unidade por meio da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES), sua atualização e manutenção, segue de acordo com as responsabilidades de cada gestor. (BRASIL, 2007).

A clínica citada presta atendimento 24 horas (incluindo feriados e finais de semana), com atendimento de monitoramento de pacientes graves. Seu fluxo de

¹ Imagem cedida pela equipe da Atenção Básica da IV Gerência Regional de Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. Rondônia.

atendimento é estabelecido por demanda espontânea em cumprimento à Resolução nº 087/CIB/RO, Porto Velho de 08 de Maio de 2014, que aprovou a junção das sete (07) regiões de saúde do estado de Rondônia, considerando o Art. 4º do Decreto nº 7.508, do dia 28 de Junho de 2011 e a Resolução CIT 01, de 29 de Setembro de 2011, que estabeleceram as diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no âmbito do SUS aprovada pelo secretário adjunto de Estado da saúde e coordenadores da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RO. (BRASIL, 2014b).

A população alvo foi representada por profissionais de enfermagem atuantes na UTIN, no período destinado à aplicação do instrumento de coleta de dados. Como critério de inclusão tem-se a aceitação dos profissionais para a participação na pesquisa e os critérios de exclusão se representam pelos profissionais de enfermagem admitidos após o início do processo de coleta de dados.

No momento da obtenção da lista de profissionais, 29 eram os profissionais que compunham a UTIN onde a pesquisa foi realizada, distribuídos entre 4 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem. Quando do início do processo de levantamento dos dados, este quantitativo era de 22 profissionais (4 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem faziam parte da UTIN), desses 22 profissionais, 16 concordaram e aceitaram participar da pesquisa 3 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem por meio da assinatura legal do TCLE. Esclarece-se que 6 profissionais se omitiram de responder o questionário.

Esta pesquisa se baseia nas recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Foi aplicado um pré-teste com a intenção de aprimorar o instrumento de coleta de dados (questionário), pois o mesmo permite comparar diferentes métodos para lograr dados desejados, obtendo respostas relevantes para a pesquisa. Claro que, nunca saberemos antecipadamente todas as dificuldades que possivelmente ocorrerão na interpretação do questionário. (BABBIE,1999). Portanto, a intenção para a aplicação do pré-teste de uma amostra é a indicação se a aplicabilidade do questionário é possível ou não.

O pré-teste foi aplicado no mês de abril de 2018 a 2 enfermeiras e 4 técnicos de enfermagem que se disponibilizaram a responder ao questionário e que desempenham função numa unidade de terapia intensiva adulto que não faz parte do estudo. Verificou-se a efetiva compreensão do questionário. Este questionário foi aplicado em uma unidade adulto por motivo de indisponibilidade de acesso a unidade neonatal semelhante.

O questionário é composto por 22 questões (sendo 21 questões fechadas e 1 aberta) reestruturadas da primeira etapa do MC, tendo por base teórica a publicação de Tarcisio Laerte Gontijo. (GONTIJO, 2012).

Houve um risco mínimo para danos emocionais caracterizado por eventual constrangimento, devido algumas questões do instrumento de coleta de dados, e/ ou de tempo para preenchimento do mesmo.

A pesquisa iniciou-se somente após aceitação dos profissionais em participarem do estudo e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como respaldo ético e legal. Conforme estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulariza, em âmbito nacional, as pesquisas com seres humanos. (BRASIL, 2012). Ao que se refere aos princípios éticos e morais relativos aos participantes foi entregue um documento TCLE, onde está assegurado o direito a participação voluntária e sem necessitar em justificar sua escolha; direito à intimidade devido autopreenchimento do questionário; além de informar quanto ao anonimato e confidencialidade, sendo separado em diferentes envelopes o questionário e o TCLE para impossibilitar a associação das respostas com participantes. Ainda, o conteúdo do TCLE traz a finalidade do estudo e que, a qualquer momento pode desistir de participar. Com a finalidade de se evitar surpresas e desconforto, tomou-se o cuidado de avisar qual seria o tempo do retorno na unidade para apanhar os questionários já preenchidos.

Ao garantir os princípios éticos para realização do estudo foi realizado pedido formal através da Carta de Anuência, ao setor administrativo da instituição participante desta pesquisa. Depois de obtida esta autorização de forma a conquistar acessibilidade aos serviços, foi efetuado contato pessoal com uma enfermeira de plantão na UTIN, apresentado o projeto e feito entrega pessoal do questionário a ser distribuído a toda equipe. Estas enfermeiras do plantão ficaram responsáveis pela distribuição dos mesmos na unidade. Posteriormente, foram realizadas visitas regulares à unidade em horários programados para não atrapalhar possíveis procedimentos decorrentes no plantão, a fim de motivar e recolher os questionários preenchidos.

Importante mencionar também que após envio ao CEP foi observado que o projeto encontrava-se com sete palavras chaves e desta forma foi retirado as seguintes palavras (Neonatal e Recém-nascido baixo peso).

A análise de dados quantitativo foram distribuídos em tabelas utilizando microsoft Excel.

Os dados qualitativos foram interpretados baseados na análise de conteúdo de Laurence Bardin², aplicados nos mais diversificados e delicados assuntos. (BARDIN, 2016).

Na primeira fase da análise Bardin foram organizadas as ideias iniciais por meio de leituras exaustivas na procura de identificação de possíveis subtemáticas. A autora esclarece, na segunda parte a exposição do material, resultado de testes de associação de palavras, divididas de acordo com as temáticas, onde as leituras para categorização continuaram a ser utilizada, pois o fechamento da análise se consolida apenas na última fase. No tratamento dos resultados definitivamente as análises foram concretizadas, após exposto em quadro subdividido por temática principal, subtemática e discurso dos entrevistados. E este resultado final foram discutidos com outras pesquisas.

² Laurence Bardin, professora-assistente de Psicologia na Universidade de Paris, aplicou as técnicas de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massas. (BARDIN, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi aplicada em uma clínica hospitalar com atendimento ao SUS, situado em Ariquemes-RO. Sabe-se que o objetivo central desta pesquisa foi identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da UTIN sobre a primeira etapa do MC.

Para melhor compreensão se fez indispensável a classificação dos 16 entrevistados com a letra “E” referente à área da enfermagem com associação de uma sequência numérica de 01 a 16 atribuídos, em concordância com a sequência das entrevistas (E1, E2...E16). Frisando que, todas as respostas foram tabuladas e as respostas qualitativas foram transcritas na íntegra.

A partir da análise de conteúdo de Bardin sobre a questão aberta obteve-se uma temática principal e subtemáticas:

TEMÁTICA	SUBTEMÁTICA
FORMAÇÃO DO VÍNCULO ATRAVÉS DO MC	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuições do MC para desenvolvimento do bebê • O contato pele a pele entre o binômio • Significados relativos a humanização • Desconhecimento do MC • Questões em branco

Quadro 1 – Apresentação da temática e das subtemáticas referentes a análise de conteúdo de Bardin (2016)

A última subtemática do Quadro apresentado acima, justificou-se por alguns entrevistados não responderem à questão 22 do instrumento da coleta de dados sobre o MC, dessa maneira, esclarece o quantitativo das respostas obtidas na análise de dados.

A escolha da cor roxa para a composição das tabelas foi em razão de ser esta a cor que simboliza o dia da Consciência para a Prematuridade, que acontece no dia 17 de novembro. E também por esta cor simbolizar sensibilidade e individualidade, características que são muito peculiares desses pequeninos. Esta cor também

significa a arte de transformar algo em outra forma ou substância. Transformação de dor por Fé, Força e Amor.

5.1 DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA UTIN

Os resultados apontam para duas categorias profissionais entrevistadas no âmbito da UTIN pesquisada, sendo elas a de Enfermeiro e Técnico de Enfermagem. Tais profissionais foram indagados a respeito de serviço em UTIN, sobre a existência de protocolos assistenciais na unidade, além de questionados sobre o recebimento de orientações sobre a utilização do protocolo, estando os resultados relacionados a essas questões expostas na Tabela logo abaixo.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por categoria profissional, tempo de serviço na unidade de terapia intensiva neonatal, treinamento sobre o método canguru, existência dos protocolos assistenciais e orientações para utilização dos protocolos

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO		
PROFISSÃO	Nº	%
Enfermeiro (a)	3	19
Técnico de Enfermagem	13	81
TEMPO DE TRABALHO	Nº	%
1 mês a 11 meses	7	44
1 ano a 2 anos	3	19
3 anos a 4 anos	2	12
5 anos a 8 anos	4	25
TREINAMENTO SOBRE O MC	Nº	%
Sim	1	6
Não	15	94
POSSUI PROTOCOLOS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO RN	Nº	%
Sim	13	81
Não	3	19
RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE ESSES PROTOCOLOS	Nº	%
Sim	12	75
Não	4	25

Ao citar a equipe de enfermagem em UTIN referi a um profissional que se encontra à frente de uma assistência em contato íntimo e direto em tempo integral. Por esse motivo é perceptível o quantitativo expressivo dessa equipe na UTIN. O estudo de Prates e Silva (2016) mostrou que esses profissionais estão vinculados a três atividades distintas sendo elas: cuidados diretos, indiretos ao paciente e administrativo.

Antes de abordar o item a seguir “tempo de trabalho na UTIN”, é válido descrever que o tempo de atuação mencionado pelos entrevistados não foi compatível quanto ao tempo de funcionamento da UTIN participante desta pesquisa, pois o entendimento da equipe entrevistada, se deu pelo tempo de atuação em outras Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de modo geral.

Quanto ao tempo de atuação na UTIN, os dados indicam que a maioria dos profissionais é recentemente contratada, sendo a menos de um ano, o que leva a inferir que a mesma possa apresentar dificuldades ao que concerne à aplicabilidade das técnicas e dos procedimentos, em razão das diferenças existentes entre as atividades de uma UTI e UTIN. A UTI é um local do hospital com estrutura e profissionais especializados para o cuidado de pacientes com lesões ou doenças graves, com possibilidade de recuperação. (REIS, 2013). E UTIN é um ambiente que está destinada a tratar prematuro e recém-nascido que de alguma forma correm o risco de morte e/ou apresentam algum problema ao nascer. (COELHO, 2018). Vale ressaltar que esta UTIN foi inaugurada há pouco tempo, condição que acaba por refletir na necessidade de treinamento em serviço para que haja o alcance dos objetivos assistenciais. Em conformidade com Rodrigues (2012) as UTIN passam por constantes aperfeiçoamentos e padrões de qualidade, assegurando ao paciente o direito a uma assistência humanizada, beneficiando o tratamento com mínima exposição ao método utilizado e à sobrevida.

Com base no exposto, vale descrever que, a prestação do cuidado por uma equipe qualificada promove resultados significativos para todas as unidades de atendimento e principalmente na UTIN, uma vez que atuam em tempo integral na assistência a esses prematuros.

Quando perguntado sobre ao recebimento de treinamento do MC nesta UTIN, 15 dos entrevistados responderam não ter recebido treinamento, já 1 deles diz que sim, observa-se que, este último entrevistado, é um dos profissionais mais antigos e atuantes na UTI. O cuidado ao prematuro vem se transformando de forma integral

nas UTIN, tornando-se em boas práticas na internação do bebê, inserido em um contexto familiar. São indiscutíveis os resultados dos seus benefícios, explanado em pesquisas científicas. Desta forma a implantação dessa assistência tomou forma com a sensibilização de alguns profissionais para humanizar o cuidado, acreditando nesse modelo assistencial. Assim, o MC encontra-se em grande expansão mundial e mesmo que nessas UTIN ainda não implantem este método, algumas ações assistenciais já são visadas, melhorando a assistência, humanizando o cuidado. (LAMY et al., 2005)

Logo, a experiência neste setor interfere na prática assistencial e na competência dos profissionais em promoverem ações educativas frente à família por meio da teoria e práticas fundamentadas cientificamente. (BAÍA, 2014). Aliados à isso, alguns fatores relevantes como o conforto, privacidade e segurança promovem um cuidado humanizado. (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Nessa dimensão vale citar a Política Nacional de Humanização, lançada em 2003 com a finalidade de produzir novos saberes e fazeres voltados à valorização da coletividade, dos trabalhadores e gestores como instrumentos capazes de atuarem no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013b).

Diante do questionamento sobre os protocolos instituídos na UTIN, houve uma divergência das respostas, considerando que (3) entrevistados relataram não possuir protocolos e (13) diz que sim, que há. Outro questionamento foi quanto as orientações sobre esses protocolos, (12) afirmam que sim que receberam orientação e (4) assinalaram que não receberam qualquer orientação afim, esses profissionais que disseram não ter recebido orientação apresentam um período de contratação variando de 9 meses a 1 ano e 4 meses. Resultado surpreendente refere-se a (2) profissionais que atuam na mesma unidade há apenas 30 dias, responderem ter conhecimento desses protocolos assistenciais. Esses dados sinalizam a importância de práticas de educação permanente em serviço, de forma a estimular a organização das ações e atividades dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

Compreende-se que através da análise dos dados obtidos há uma falha no processo de trabalho a exemplo da atuação dos profissionais, pois divergem diante das respostas quanto ao recebimento de treinamento e dos protocolos instituídos.

Os protocolos são documentos que expressam o papel de cada profissional, com uma padronização das técnicas de acordo com as evidências científicas. Quando não há protocolos de intervenção terapêutica, tem-se uma discordância nas

condutas assistenciais pois a equipe precisa de um tempo hábil para que haja interação das técnicas realizadas aos pacientes. (SILVEIRA, 2012; GHISLENI, 2010).

Apesar dos procedimentos técnicos serem um facilitador no processo de cuidar, os profissionais não devem esquecer que além do ser biológico o indivíduo mesmo sendo prematuro e/ou BPN é formado por dimensões humanas que vão desde culturais, sociais, espirituais que necessitam de afetividade e conhecimento dos seus valores. (CAETANO et al., 2007).

Em tempos a humanização permeia o cuidado de um modo crescente, levando os cuidadores a repensarem suas práticas no dia-a-dia e há tempos, se estende a todos os setores de saúde. Nesta relação, a UTIN vem desenvolvendo melhorias no processo do cuidado. Há mais de duas décadas quando os doutores Rey e Martinez em Bogotá, utilizaram de uma alternativa no cuidado aos bebês prematuros de colocá-los em posição canguru e contato pele a pele com mãe, superou as expectativas iniciais que seriam a insuficiência de cuidados e incubadoras. Assim, esta ação tomou proporções mundiais deixando claro que este cuidado vai muito além da posição canguru, pois promove aproximação familiar e eficaz na amamentação e no controle térmico do bebê. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Cabe, dessa forma, às instituições visarem à implantação do MC juntamente com sua equipe de enfermagem a qual está à frente dos cuidados. Nessa dimensão, vale citar que o enfermeiro é um dos profissionais que mais vem ganhando destaque sobre as diferentes formas de pensar a assistência, atendendo à necessidade do paciente e seus familiares. (GHISLENI, 2010).

5.2 ORGANIZAÇÃO INTERNA DA VISITA AO BEBÊ

Os resultados, ao que concerne à organização interna presente no instrumento de coleta de dados, sendo esta, a questão 6, os profissionais de enfermagem poderiam assinalar mais de uma resposta. Assim, vários profissionais assinalaram concomitantemente, nos três itens, por esse motivo não foi possível evidenciá-lo em porcentagem.

Segue abaixo o Quadro 2 referente à questão 6, no qual encontram-se as informações pertinentes à visita ao bebê conforme levantado junto à equipe de enfermagem entrevistada da UTIN.

II – ORGANIZAÇÃO INTERNA			
DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES QUE VISITAM OS BEBÊS CONFORME OS ENTREVISTADOS			
FAMÍLIA	LIVRE	POR HORÁRIO	NÃO TEM ACESSO
Mãe	2	14	0
Pai	2	14	0
Outros	0	10	0

Quadro 2 – Distribuição dos familiares que visitam os bebês conforme os entrevistados

De acordo com o horário de visita ao bebê, os entrevistados mencionaram com maior destaque o “acesso por horário”, sendo que os visitantes mais representativos foram a “mãe e pai” e os demais familiares destacam-se: tios, tias e avós.

O acesso livre ao pai e mãe foi pouco apontado por esta equipe de enfermagem, isso pode estar relacionado com a falta de treinamento já referida por esses profissionais no item anterior, bem como, a falta de conhecimento dos padrões humanização preconizado pelo MS.

Para consolidação dos resultados, vale mencionar a Portaria 895 de 31 Março 2017, no capítulo IV Das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico na seção I da diretriz XIII como critérios para os requisitos de humanização: diz que “Garantia de visitas diárias programadas dos familiares”.

(BRASIL, 2017, p. 16a) pois considera-se que a família é uma das entidades sociais mais relevantes que permeia o desenvolvimento da criança. E ainda, de acordo com essa portaria, o pai e a mãe compõem ainda mais essa relação tríade, referindo-se ao acesso livre e a permanência da mãe ou pai.

Para complementação do item de organização interna é importante demonstrar como ocorre a aproximação dos familiares com bebê no primeiro momento, o mesmo que será descrito na Tabela a seguir.

Tabela 2 – Análise das questões 7, 8 e 9, referentes ao instrumento de coleta de dados II – Organização Interna

II ORGANIZAÇÃO INTERNA		
COMO É A PRIMEIRA VISITA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL	Nº	%
Acompanhada por profissionais desta unidade	16	100
Não acompanhada	0	0
CASO A FAMÍLIA NÃO APAREÇA PARA VISITAR BEBÊ DENTRO DAS PRIMEIRAS 24 HORAS A EQUIPE FAZ CONTATO COM ESSES	Nº	%
Sim	13	81
Não existe rotina neste sentido	1	6
Em branco	2	13
QUAIS AS INFORMAÇÕES DADAS AOS PAIS NA PRIMEIRA VISITA	Nº	%
Informações do quadro clínico	15	58
Apresentação de rotinas e normas da clínica	11	42
Depende da demanda dos pais	0	0

Os profissionais foram unânimes (16) ao responderem que a primeira visita deve ser acompanhada por um profissional. Colaborando com esta fala, a equipe de enfermagem deve amparar os pais diante dos esclarecimentos de dúvidas, passagem de informações, suporte emocional e até mesmo respeitar o silêncio que os mesmos necessitam neste momento. Então, os pais ao depararem com um ambiente desconhecido, anseiam em compreender este momento que por sua vez, traz insegurança, medo, além de que o bebê precisa estabelecer um vínculo familiar. (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

De acordo com Reichert, Lins e Collet (2007) esse ambiente desconhecido se dá por aparelhos tecnológicos específicos das UTIN ligados aos bebês como, monitores cardíacos, infusores de soroterapia, ventiladores mecânicos e até mesmo monitorização contínua dos Sinais Vitais (SSVV), restritos a incubadoras aquecidas na tentativa de ofertar o suporte necessário e aproximá-lo do calor uterino.

O estabelecimento de contato entre pai, mãe ou responsável legal já é percebível pelos profissionais durante as primeiras 24 horas, quando os mesmos indagam em (13) estabelecer vínculo paternal o mais precoce possível. Surge em oposição a esta resposta, a fala de (1) entrevistado em que assinala a opção não ter rotina relacionado a esse sentido, assim como, (2) deles optaram por não assinalar a questão.

Ao responderem à questão quais as informações dadas aos pais na primeira visita as respostas variaram entre “Informações do quadro clínico” e “Apresentação de rotinas e normas da clínica”, sendo que, a equipe entrevistada tinha a oportunidade de assinalar mais de uma resposta. Decorrente disso, (10) profissionais entrevistados foram unânimes em demarcar as duas questões em evidência, todavia, somente (1) profissional descreveu “Apresentação de rotinas e normas da clínica” e (5) da equipe de enfermagem relatou apenas as “Informações do quadro clínico”.

No estudo de Balbino et al. (2015) quanto mais os pais conhecem a rotina da unidade mais sentem-se seguros e se adaptam a este ambiente.

A equipe demanda tempo para acompanhar e orientar os pais, momento este imprescindível para que se tenha riqueza nas informações transmitidas, contribuindo para o sucesso do cuidado. Por esse motivo, a equipe deve ser capacitada com habilidade de comunicação, pois a linguagem utilizada pelos pais diferencia da dos profissionais e, neste momento além do suporte oferecido tem-se as informações a serem passadas sobre o quadro clínico do bebê e o conhecimento básico das normas e condutas estabelecidas pela UTIN, sendo esse um conhecimento técnico científico desconhecido pelos pais. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

5.3 DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Nesta temática abordaremos questões essenciais para a realização da primeira etapa do MC compreendendo dentre elas: o toque, amamentação e o contato pele a pele.

5.3.1 O Toque

O toque é a forma mais expressiva no comportamento dos pais após o nascimento. Essa primeira aproximação fortalece o vínculo da tríade mãe, pai e bebê, por esse motivo os profissionais de enfermagem devem incentivar constantemente o passe livre ao toque. Complementando a questão disposta, a Tabela a seguir demonstra o vínculo advindo entre o binômio pai, mãe e filho na UTIN, já que os profissionais da equipe de enfermagem deixam bem claro em suas demarcações que estimulam o contato entre os pais e bebê.

Tabela 3 – Análise das questões 10 e 11, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do Método Canguru “O Toque”

III – DADOS DA PRIMEIRA ETAPA MÉTODO CANGURU TOQUE		
CRITÉRIOS PARA A MÃE / PAI TOCAR SEU FILHO		
RESPOSTAS	QUANTIDADE	%
O toque é livre	10	63
Depende da gravidade do RN	5	31
Outros: Em branco	1	6
OS PAIS SÃO ESTIMULADOS QUANTO AO TOQUE		
RESPOSTAS	QUANTIDADE	%
Sim	15	94
Não	0	0
Em Branco	1	6

Assim, como observamos, no momento em que os profissionais foram indagados quanto ao “critério para mãe/pai tocar seu filho” diante das respostas os resultados obtidos foram que, em (5) dos entrevistados descreveram “depende da gravidade do RN”, (10) deles mencionou “toque livre” e apenas (1) preferiu não responder a esta pergunta. Segundo Brasil (2017b) o toque se inicia desde a apresentação do prematuro na sala de parto, de forma que a mãe brevemente o acaricie antes que o levem para UTIN. Promover a aproximação dos pais com bebê contribui para a formação de um laço de afeto e por conseguinte, prepara-os para participação na recuperação do bebê.

Dentre o grupo de entrevistados nota-se a predominância das respostas quanto ao toque livre, no entanto há ainda uma relevância quanto à gravidade do RN. No que tange à assistência prestada aos pais e bebê, os profissionais devem estimular tal prática pois, a intimidade que é conferida ao vínculo familiar intensifica esse contato afirmado em outras pesquisas. (LOPES, 2017).

Destaca-se que proporcionar esse contato, é visto por algumas mães no estudo de Neves, Ravelli e Lemos (2010) como forma de estabelecer um elo de ligação, com benefícios importantes para a melhora do bebê em algumas funções biológicas, a exemplo da função respiratória, temperatura, sono e ganho de peso.

No estudo de Arivabene e Tyrrell (2010) a adesão das mães em participarem do método não foi uma sugestão dos profissionais, mas pelos benefícios propostos em atender as necessidades e evoluções dos bebês. O mesmo autor evidencia a participação da família como essencial para o sucesso do método, embora cabe a equipe estimular as mães a praticarem o método espontaneamente para que haja uma continuidade nas próximas etapas.

O contato pele a pele pode ser considerado um dos procedimentos para redução da dor pois, segurar o bebê no colo reduz o choro e expressão de dor, assegurando que este toque deve ser sem carícias, sendo um contato fixo e firme por um período considerável, contudo que seja afetuoso e seguro. (CRUVINEL; PAULETTI, 2009; NICOSIA, 2010).

5.3.2 Amamentação

Diante do quesito amamentação o qual compreende a primeira etapa do método canguru, elaborou-se uma Tabela para uma análise sistemática deste item.

Tabela 4 - Análise das questões 12, 13, 14, 15 e 16, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do Método Canguru “Amamentação”

AMAMENTAÇÃO		
É FEITA ABORDAGEM DE ORIENTAÇÃO À MÃE SOBRE ORDENHA?	Nº	%
Sim	16	100
Não	0	0
EM QUE MOMENTO É FEITA A PRIMEIRA ABORDAGEM A MÃE SOBRE A ORDENHA	Nº	%
Primeiras 24 horas	2	12,5
Quando o bebê está saudável	2	12,5
Quando o bebê começa a se alimentar	11	69
Outros: Na visita da mãe	1	6
AS MÃES PARTICIPAM DO ESTÍMULO À SUCÇÃO?	Nº	%
Sim	13	81
Não	3	19
AS MÃES PODEM ADMINISTRAR O LEITE ORDENHADO?	Nº	%
Sim	7	44
Não	9	56
QUAL É O PRINCIPAL ALIMENTO INICIAL ADMINISTRADO POR VIA ENTERAL	Nº	%
Leite Materno (LM) Cru	2	13
Fórmula	13	81
Em branco	1	6

Os resultados apresentados na Tabela 4 indicam que (13) dos entrevistados mencionaram a participação das mães no estímulo da sucção. Este período permeia a formação do vínculo mãe e bebê muito antes de o bebê ter condições de sugar de forma efetiva o seio materno. Todo o sucesso do aleitamento materno depende do primeiro contato e condições facilitadoras vinda da equipe promovendo processo da amamentação. (BRASIL, 2017c).

Quanto a orientação às mães sobre a ordenha, todos os profissionais responderam realizar esta etapa, porém (9) dos mesmos aceitam também que

algumas mães não administrem o leite ordenhado e que ainda, o alimento principal inicial é a fórmula, este indicado por (13) dos entrevistados. Com base nos resultados comentados, indaga-se sobre o destino do leite ordenhado, uma vez que ele não é administrado aos bebês dessas mães participantes da ordenha. Tal indagação também deve-se ao fato do leite materno estar “pronto” (grifo nosso) e ser tido como o alimento fundamental para um bom desenvolvimento do bebê, sem contar que o ato da amamentação favorece a formação de vínculo entre a mãe e o filho. Deste modo cabe ainda salientar a importância do LM ordenhado ser administrado, promovendo a melhor fonte de alimento principalmente pela mãe, pois além do bebê reconhecer seu cheiro peculiar, ainda promove o contato materno entre ambos. Apoiando esta perspectiva do aleitamento materno o MS, Brasil (2017b) preconiza como exclusivo o aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê.

Vale ainda comentar que a utilização de fórmulas pela unidade como alimento principal inicial acaba por onerar os custos assistenciais, gerando mais gastos para o tempo de internação. (NEVES, RAVELLI, LEMOS, 2010; ENTRINGER et al., 2013).

Logo, também é mostrada na opinião de Fonseca (2016) a prática do aleitamento materno beneficiaria os bebês internados na UTIN promovendo a alimentação ideal para sua formação e para as unidades hospitalares, reduziriam gastos com fórmulas, mas também reduziriam agravos patológicos preveníveis pelo leite materno, e este é um cuidado que só a mãe pode dar ao seu filho.

Evidenciado em pesquisa científica, quanto maior participação do MC em prematuros, maior a efetividade de aleitamento materno exclusivo até mesmo após alta hospitalar. (GESTEIRA et al., 2016).

Quanto ao “momento que é feito a primeira abordagem à mãe sobre a ordenha” pelos profissionais, a equipe entrevistada respondeu em 1 ser na “primeira visita da mãe”, sendo que (2) deles assinalaram nas “primeiras 24 horas”, (2) responderam “quando o bebê estiver saudável e predominantemente 11 dos entrevistados referiram ser “quando o bebê começa a se alimentar”.

Apesar dos 100% da equipe de enfermagem entrevistada orientar as mães sobre a ordenha, essa abordagem é feita tardiamente pois os mesmos referem que, a primeira abordagem é feita somente “quando o bebê começa a se alimentar”, entende-se que este momento pode demorar, desfavorecendo a produção do leite.

(ARRUÉ et al., 2013). Todavia, esta ordenha deveria ocorrer na primeira visita da mãe e apenas 6% dos entrevistados assinalaram tal alternativa.

Pessoa-Santana (2016) evidencia que, por mais que as atividades educativas e manejo do aleitamento materno sejam incentivadoras, ainda há mães que não se sentem seguras de que seu leite atenderá as necessidades de seu filho, assim cabe a equipe incentivar e apoiar o aleitamento materno no sentido de facilitar o processo de recuperação dos bebês favorecendo o desenvolvimento do bebê a longo prazo.

Nesse contexto uma proposta idealizadora que incentiva e estimula o aleitamento natural materno é Hospital Amigo da Criança, idealizada em 1990 pela OMS e pela UNICEF, estabelecendo dez passos para o aleitamento materno (BRASIL, 2018b; MEIRELLES et al., 2008). Logo, é de extrema importância o aleitamento materno, principalmente aos prematuros que permanecem por um determinado período de tempo sem o estímulo a sucção do SM.

Nesse seguimento o MC é uma das estratégias para beneficiar a produção de leite através do contato pele a pele permitindo um fortalecimento emocional entre mãe e bebê e proximidade do SM, permitindo maior procura para sucção em maior tempo permitido. (SPEHAR, SEIDL, 2013).

5.3.4 Pele a Pele

No que diz respeito “quando é feito o primeiro contato pele a pele na posição canguru na UTIN”, (1) dos entrevistados responderam que esse contato é feito quando a mãe tem o desejo de realizá-lo, (14) mencionaram realizar o contato pele a pele quando o bebê estiver estável, apenas 1 dos participantes não respondeu à questão.

Não é por acaso que o contato proposto pelo MC de forma precoce ao trinômio mãe, pai e bebê bem como familiares vêm sendo citados como fortalecimento entre cuidador e equipe técnica responsável. (BRASIL, 2013a).

Ao relacionarmos o conteúdo exposto com as respostas dos entrevistados expostas abaixo na tabela, é perceptível que tal prática não é realizada precocemente pois, o contato pele a pele com mãe e bebê é evidenciado por (14) dos entrevistados somente quando o bebê está estável. Também podemos observar que o estímulo do contato pele a pele não é incentivado pelos profissionais, pois os

mesmos em (1) diz que realiza a posição canguru apenas quando as mães desejam. Apesar de ser um momento difícil para a família, as barreiras de enfrentamento devem ser quebradas e estimuladas pela equipe de enfermagem que são os profissionais que constroem um vínculo mais próximo e sólido com a família.

Segundo o estudo de Gesteira et al., (2016) os profissionais entrevistados relataram a sua experiência do MC em que as mudanças do comportamento neonatal proporcionam maior serenidade e tranquilidade no momento da posição canguru. Além do suporte não farmacológico para o alívio da dor, uma melhora no movimento neuropsicomotor, fisiológico do bebê e benefícios para o seu quadro clínico.

O contato proporcionado pelo MC contribui para a formação da identidade dos pais e favorece a aproximação psicoafetiva com o cuidado apropriado da aproximação do trinômio mãe, pai e bebê. (SPEHAR; SEIDL, 2013).

Outro ponto a ser observado é a importância do neonatologista diante da realização do MC na UTIN, descrito na Tabela abaixo.

Tabela 5 - Análise das questões 17 e 18 referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do Método Canguru “Pele a Pele”

PELE A PELE		
QUANDO É FEITO O PRIMEIRO CONTATO PELE A PELE NA POSIÇÃO CANGURU NA UTIN/ALTO RISCO	Nº	%
Quando a mãe deseja	1	6
Quando o bebê está estável	14	88
Em branco	1	6
PARA QUE HAJA O CONTATO PELE A PELE É NECESSÁRIO TER AUTORIZAÇÃO DO NEONATOLOGISTA	Nº	%
Sim	15	94
Não	0	0
Em branco	1	6

Diante do que foi observado a partir das respostas dos entrevistados, o médico especialista neonatologista aparece como o responsável na primeira etapa do MC. Isso pode ser demonstrado devido a importância do médico neonatologista ser o responsável pela admissão do prematuro em UTIN, prescrição dos medicamentos, exames seguidos do tratamento e evolução médica. No entanto, a

aplicação da metodologia canguru envolve o atendimento de uma equipe multiprofissional com intervenções interdisciplinares focadas nos cuidados biológicos, psicológicos e afetivos entre família e bebê. (BRASIL, 2016).

Diante disso, essa equipe multiprofissional detém saberes completando-se para uma assistência de excelência, reorganizando o processo de trabalho dentro da abordagem integral e resolutive.

A seguir recorre-se à apresentação da Tabela 6 a qual demonstra dentro da subtemática Pele a Pele as estratégias pós alta materna, integração da mãe caso haja necessidade de continuar na unidade e as estratégias para o envolvimento da mãe no cuidado diário.

Tabela 6 - Análise das questões 19, 20 e 21, referentes ao instrumento de coleta de dados III – Dados da primeira etapa do Método Canguru “Pele a Pele”

PELE A PELE		
O QUE ACONTECE COM A MÃE CASO ELA RECEBA ALTA PRIMEIRO QUE O BEBÊ	Nº	%
Vai para casa	15	94
Continua na clínica	1	6
CASO ELA CONTINUE NA CLÍNICA QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A SUA PERMANÊNCIA	Nº	%
Fica no alojamento conjunto internada	1	6
Não existe nenhuma estrutura	13	81
Em branco	2	13
QUAIS AS ESTRATÉGIAS PARA A PERMANÊNCIA DA MÃE, DURANTE O DIA NA UNIDADE.	Nº	%
Refeição	1	6
Sala de espera	12	75
Outros	2	13
Em branco	1	6

Quanto às barreiras enfrentadas para a formação do vínculo entre o binômio mãe-bebê, avalia-se por meio da Tabela que, (15) dos entrevistados afirmaram que as mães são liberadas para casa, demonstrando que a continuidade para a formação desse vínculo por meio das estratégias durante as visitas aos bebês, são escassas. Pode-se dizer que a falta de estratégias utilizadas para a permanência das mães na UTIN, se dá pela falta de uma estrutura física adequada. Visto que, diante da questão das estratégias utilizadas para a permanência da mãe na clínica, (13) dos

entrevistados mencionaram não existir, porém, (1) deles referiu-se o alojamento em conjunto divergindo da maioria dos participantes.

No que tange a permanência da mãe durante o dia, houve desencontro das respostas obtidas, dentre elas “(1) refeição, (12) sala de espera e (2) outros”. Ressalta-se que tivemos aquele (1) que optou por não responder a essas questões.

Nas UTIN a estrutura para a permanência das mães é de extrema importância sendo essa uma das formas de promover o contato íntimo entre esse binômio. Ao que diz respeito ao alojamento de mães de acordo com Araújo e Rodrigues (2010b) as quais consideram como uma excelente ação inovadora para o acompanhamento de seus bebês que serve tanto de apoio entre as mães para as trocas de experiência proporcionando ainda uma participação ativa durante a internação do seu filho.

Tal prática de cuidar do paciente como um todo, apesar de ser difícil no ambiente da UTIN com atendimento direcionado aos pequeninos de alta complexidade e gravidade é proporcionado através de medidas de humanização da assistência que minimizam o sofrimento dos pacientes e familiares, englobando dimensões de vida, tanto na questão estrutural quanto pessoal dentro do ambiente hospitalar. (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Por fim, em uma análise detalhada das questões, pode-se perceber uma convergência das respostas assinaladas durante o processo de análise de dados, onde ficou evidente que há uma possível dificuldade de compreensão por parte da equipe quanto as etapas do MC e os desconhecimentos das normas e condutas seguidas pela UTIN, o que de fato é de extrema importância para uma atenção ao prematuro e família.

Hipotetizamos que, os resultados seriam ainda mais significativos sobre o conhecimento do MC se, nesta unidade houvesse a implantação do MC como medida de intervenção usada em todas as configurações do cuidado ao prematuro, visando uma junção da tecnologia neonatal, às diretrizes do cuidado humanizado. Desta forma, enfatizamos sobre a Portaria Ministerial já apresentada anteriormente, de nº 1.683, que descreve os procedimentos do SUS para a aplicabilidade do MC, além do programa de capacitação dos profissionais das diferentes especialidades que lidam com o recém-nascido, sua mãe e sua família.

5.4 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DA QUESTÃO 22, SIGNIFICADOS DO MÉTODO CANGURU

FORMAÇÃO DO VÍNCULO ATRAVÉS DO MC	
SUBTEMÁTICA	RELATO DOS ENTREVISTADOS
Contribuições do MC para desenvolvimento do bebê	<p>"Muito importante para recuperação e desenvolvimento do RN e também para a mãe sofre pela ausência do bebê tão planejado e aguardado" (E10)</p> <p>"Grande importância para o desenvolvimento da criança, onde são encontrados os vínculos entre mãe e filho" (E15)</p>
O contato pele a pele entre o binômio	<p>"É um contato mãe e filho, sendo muito importante p/ RN e também para a mãe" (E1)</p> <p>"É um método muito importante, onde aproxima a mãe do bebê, através do toque" (E5)</p> <p>"É o contato maior mãe e bebê aproximação maior" (E11)</p> <p>"O método canguru é o contato da mãe com o bb, pele a pele para que ele possa sentir o calor da sua mãe, o afeto o cheiro, e se sinta acolhido" (E14)</p>
Significados relativos a humanização	<p>"Não é só uma posição vertical, em que o prematuro fica amarrado a mãe, pra mim é humanização neonatal o contato com o pai ou a mãe, que aumenta muito o vínculo entre ambos" (E2)</p> <p>"É um método humanizado favorece o RN e mãe ou pai" (E3)</p> <p>"Estratégia humanizada que aproxima a ligação entre pai, mãe e RN, auxiliando na recuperação do prematuro" (E4)</p> <p>"É um método humanizado, que envolve estratégias biopsicossociais, onde proporciona para o recém-nascido o contato pele a pele, com o pai e a mãe fortalecendo-o, proporcionando melhores prognósticos" (E8)</p> <p>"É um método humanizado, onde favorece o elo entre o RN e a mãe ou o pai" (E16)</p>
Desconhecimento do MC	"Não conheço" (E7)
Questões em branco	<p>" " (E6)</p> <p>" " (E9)</p> <p>" " (E12)</p> <p>" " (E13)</p>

Quadro 3 - Análise da Temática - Formação do vínculo através do método canguru

5.5 FORMAÇÃO DO VÍNCULO ATRAVÉS DO MC

5.5.1 Contribuições do MC para o desenvolvimento do bebê

As mudanças propostas pelo MC no cuidado direto ao prematuro, vêm proporcionando diversos benefícios ao bebê. Deste modo é nítido através das falas dos profissionais as contribuições do MC relacionados entre díade, mãe e filho.

"Muito importante para recuperação e desenvolvimento do RN e também para a mãe sofre pela ausência do bebe tão planejado e aguardado" (E10)

"Grande importancia para o desenvolvimento da criança, onde são encontrado os vinculos entre mãe e filho" (E15)

Ao analisarmos esses enunciados, ficou evidente que o MC é utilizado como uma das estratégias de enfrentamento proposto aos familiares, para que a mãe não necessite se afastar do filho independente do quadro clínico. De acordo com Vêras, Vieira e Moraes (2010) quando os bebês são encaminhados para UTIN interrompendo o vínculo entre díade, traz sofrimento para todo o ambiente intrafamiliar.

Assim, é importante a sensibilização da equipe para o resultado de uma assistência humanizada nas etapas do MC e para a efetividade dos benefícios que a ele é conferido, embasadas em evidências científicas como o estímulo do aleitamento materno, redução de patologias, formação do vínculo familiar, tranquilidade e segurança para o binômio. (MANTELLI et al., 2017).

Frente a isso, realizar o MC de acordo com o que é preconizado pelo MS abrange questões de cuidados técnicos, afetivos, individual e familiar, os quais devem ser constantemente trabalhados para que possa dar continuidade de sua essência.

5.5.2 O contato pele a pele entre o binômio

O nascimento de um prematuro é a primeira barreira a ser enfrentada. Neste momento ao depararmos com o sofrimento materno, os profissionais têm que estar

aptos para lidar com a situação e auxiliar a família na minimização do impacto emocional, bem como social através de estratégias de enfrentamento. Diante disso, cabe à equipe de enfermagem conhecer as estratégias para proporcionar o contato entre a tríade mãe, bebê e família. A partir daí, é notório que os profissionais ao atribuírem significados ao MC, relacionam como importante ao contato entre mãe e bebê.

"É um contato mãe e filho, sendo muito importante p/ RN e também para a mãe"
(E1)

"É o contato maior mãe e bebê aproximação maior" (E11)

A aproximação e formação do apego é algo que se constrói diariamente e precisa de estratégias que consolidem esses sentimentos. (FERREIRA; VIEIRA, 2003).

Esses contatos diretos para a recuperação do bebê estão relacionados também ao ato biológico, em amamentar, permitindo um vínculo sólido entre mãe e bebê, além de promover a atuação materna diante dos cuidados ao bebê prestados. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010b).

Não se pode negar que esse contato é estabelecido entre a mãe e o bebê desde seu período gestacional, em que seus estímulos e sentimentos são passados ao pequenino em desenvolvimento, com o nascimento prematuro esse vínculo interrompido necessita ser restabelecido através da aproximação.

Contribuindo com essa afirmativa seguem os enunciados abaixo:

"O método canguru é o contato da mãe com o bb, pele a pele para que ele possa sentir o calor da sua mãe, o afeto o cheiro, e se sinta acolhido" (E14)

"É um método muito importante, onde aproxima a mãe do bebe, através do toque"
(E5)

No entendimento dos entrevistados o vínculo proposto pelo MC contribui para a melhoria do desfecho da saúde àqueles bebês que permanecem internados na UTIN, dados análogos ao estudo de Mantelli et al., (2017).

No estudo de Gesteira (2016) os profissionais disseram que o MC promove no momento de sua prática, mudanças de comportamento do bebê, como

tranquilidade e quietude, além de alterações fisiológicas, pois como já citado o cheiro materno é reconhecido pelo bebê neste momento.

Embora os enunciados sejam de um grupo de profissionais ainda não capacitados para realização do MC, relacionam os significados do método com a tríade, evidenciando que têm o conhecimento base para a implantação do MC.

5.5.3 Significados relativos a humanização

O MC também é entendido nas narrativas como uma prática humanizada que permite o elo de ligação entre os envolvidos com o bebê durante seu período na UTIN.

"É um método humanizado favorece o RN e mãe ou pai"(E3)

"É um método humanizado, onde favorece o elo entre o Rn e a mãe ou o pai" (E16)

"Não é so uma posição vertical, em que o prematuro fica amarrado a mãe, pra mim é humanização neonatal o contato com o pai ou a mãe, qu aumenta muito o vinculo entre ambos" (E2)

Em consonância com Mantelli et al., (2017) é nítida a preocupação pelo estabelecimento do vínculo entre familiares envolvidos nesse processo para o bebê. É sabido que a equipe de enfermagem procura atuar diante aos aspectos sobre a integralidade do sujeito, pois neste momento, as necessidades dos familiares perpassam os limites biológico, social e psicológico e os aspectos sentimentais e espirituais dos familiares devem ser considerados e respeitados, sendo estes uma prática de humanização. (VÉRAS; VIEIRA; MORAES, 2010).

Diante disso, é válido que os profissionais visem estratégias para manter esse vínculo do bebê e família. A assistência ao neonatal busca uma forma humanizada do fazer, englobando vários fatores que vão além das técnicas. Há a necessidade de explicar, acolher, ensinar, ajudar, assim esta família se sentirá participante no cuidado e recuperação do bebê prematuro.

"Estratégia humanizada que aproxima a ligação entre pai, mãe e RN, auxiliando na recuperação do prematuro" (E4)

Somando o discurso acima, o enunciado abaixo complementa o quesito humanização, pois o mesmo para este entrevistado está relacionado a uma gama de fatores contribuintes para a melhora do bebê.

"É um método humanizado, que envolve estratégias biopsicossocial, onde proporciona para o recém nascido o contato pele a pele, com o pai e a mãe fortalecendo elo, proporcionando melhores prognósticos" (E8)

É de senso comum que os cuidados nas UTIN são voltados às necessidades do bebê e diante das práticas humanizadas e o meio familiar, deve estar inserido neste contexto. Dessa forma, os enfermeiros necessitam estar preparados para atuar diante do biopsicossocial do indivíduo e dos que o cercam. Humanizar o atendimento dessa maneira referida, configura-se um desafio para a equipe pois, além do bebê com risco eminente de morte, ainda tem a família que precisa do amparo emocional. Por sua vez, uma simples conversação empática e amorosa entre o enfermeiro e a família é uma forma de humanizar a assistência. (FRELLO; CARRARO, 2012).

Infere-se que não se faz MC sem humanização, pois os mesmos estão intrinsecamente relacionados. Logo, quando os entrevistados caracterizam os significados do método com o estabelecimento do vínculo entre os familiares, estes se valem como estratégias utilizadas para humanizar o cuidado.

5.5.4 Desconhecimento do MC

Diante de todo arcabouço teórico exibido nas temáticas anteriores, ao observamos o enunciado abaixo percebe-se a importância de implantar protocolos institucionais sobre o MC, de modo que a equipe detenha todo conhecimento para tal prática humanizada.

"Não conheço" (E7)

Segundo Mantelli et al., (2017) a falta de capacitação e treinamento que direcionem a equipe quanto à execução e às recomendações necessárias para o MC, são fatores difíceis para a realização desta prática, bem como a informação a

ser passada aos familiares que assistem o bebê. Portanto, aceita-se que para a implantação do MC nas UTIN de modo integral e individualizado é imprescindível que se tenha protocolos e normas institucionais que refletem na autonomia e operacionalização do cuidado da equipe de enfermagem. (MANTELLI et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciação de um trabalho de conclusão de curso, se faz, de um momento intenso e árduo, envolvido em sentimento de inquietação onde queríamos descrever sobre tudo que pensávamos e imaginávamos sobre o assunto. Assim, com o passar do tempo, a progressão da pesquisa nos impulsionou a tal ponto que o parar tornou-se difícil. E aqueles conhecimentos empíricos acerca do MC, foram relacionados com fundamentações teóricas que serviram para direcionar o foco proposto em identificar o conhecimento do MC na assistência neonatal, este que por sua vez conduziu a concluirmos esta pesquisa.

A atenção ao prematuro passou por muitas mudanças no decorrer do tempo, surgindo métodos de cuidados que permeiam não só cuidado do ser biológico, mas que criam uma assistência voltada à inclusão da família. Neste contexto insere-se o MC, uma prática de aproximação do vínculo familiar, favorecimento do aleitamento materno exclusivo, além de promover a alta hospitalar precoce, daí sua importância quanto implantação nas UTIN.

Diante dos resultados é nítido que os profissionais têm o conhecimento base para a realização do MC, no entanto, outros fatores precisam ser aprimorados dentro desta UTIN, desde treinamento até ao desejo de execução dessa técnica, para que assim haja uma linguagem única quanto à realização desta metodologia seguindo para a implantação dentro das normas e diretrizes descritas pelo MS.

Interessante notar que, os profissionais participantes dessa pesquisa demonstraram por meio das respostas do questionário aplicado, conhecimento sobre a nomenclatura da metodologia canguru, emergindo subtemáticas relacionadas à contribuição para o desenvolvimento do bebê, formação do vínculo afetivo familiar, bem como prática humanizadora e relato como desconhecimento dessa técnica. Com muita clareza compreendemos que essas subtemáticas elegíveis por meio dos enunciados da equipe de enfermagem são essências para a realização do MC.

Sendo assim, o MC traz para a equipe um empoderamento de técnicas onde os resultados são visíveis na recuperação do neonatal, visando que o bebê estará inserido em seu círculo familiar onde receberá um amor incondicional de sua mãe e familiares, e não só os cuidados tecnológicos inseridos em UTINs. Devido aos

benefícios proporcionados pelo MC essa técnica deve ser reconhecida pela equipe multiprofissional como norteadora do cuidado.

Finalmente, esperamos ter contribuído para o reconhecimento do MC como prática humanizada diante da primeira etapa que se inicia na UTIN.

Recomenda-se a realização de outros estudos, seguindo a mesma temática, principalmente em UTIN, para melhor conhecimento sobre o MC, promovendo melhoria da qualidade do cuidado ao prematuro e BPN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; MORAES Mariana Salim de; CUNHA Mariana Lucas da Rocha. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 50, p. 122-129, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/117418/115176>>. Acesso em: 28 set. 2017.

ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/01.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Em Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010a. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40618/43803>>. Acesso em: 02 out. 2018.

ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro-RJ, v. 14, n. 2, p. 284-292, 2010b. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f545/996c0f726126ecbc770530e288ba18f02c67.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 18, n. 2, p. 262-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ARRUÉ, Andrea Moreira et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 86-92, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5947>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

BABBIE, Earl. Métodos de pesquisas de Survey/Earl Babbie; tradução de Guilherme Cezarino – Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 519p. – (Aprender) Tradução de: Surveyresearchmethods.

BAÍA, Wania Regina Mollo. Rotatividade dos profissionais de enfermagem durante a fase de implementação de uma instituição de saúde de alta complexidade/Wania Regina Mollo Baía. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-14012015-172505/en.php>>. Acesso em: 31 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BORCK, Márcia; SANTOS, EvangeliaKotziasAtherino. Método Canguru: Práticas Investigativas e de Cuidado de Enfermagem no modelo de Adaptação de Roy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 16, n. 2, p. 263-269, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/08.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BRASIL. a. **6 – Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010**. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, p. 165-182, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12478/1/CAPITULO_MortalidadeInfantilBrasil.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

_____. a Constituição Federal. **Emenda Constitucional nº 65**, De 13 de Julho De 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Casa Civil**, Brasília DF, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm#art1>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. b ECA. **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**. Brasília. 2010. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/conteudo_forum_DCA_ECA_conv_sobre_os_Direitos_da_crianca.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde**, Brasília-DF: Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

_____. a. IBGE, **Mapa Mudo - Brasil com divisão de Estados**. Brasília-DF, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <<http://mapas.ibge.gov.br/escolares.html>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

_____. b. Jusbrasil. **Resolução nº 087/CIB/RO**, Porto Velho. Considerando o Art. 4º do Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011 e a Resolução CIT 01 de 29 de setembro de 2011, que estabelecem as diretrizes gerais para instituição das Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS. Diário Oficial do Estado de Rondônia, 01 jul. Pg. 23, 2014. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/72507680/doero-01-07-2014-pg-23>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

_____. b Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno**. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. d. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., p. 80 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru_1ed.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília-DF: Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. – 1. Ed., p. 282, 2002. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

_____. a. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru; manual técnico**. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. b Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual**. Brasília-DF: Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed., 2017. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. c. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília – DF. ed. Eletrônica: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília-DF. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar, 1977 Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus. Brasília-DF: Definições**. Estas definições foram adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde (resoluções WHA20.19 e WHA43.24) de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial da Saúde., 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

_____. b Ministério da Saúde. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado**. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, p. 56, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf> . Acesso em: 15 abr. 2018.

_____.a. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. Cadernos HumanizaSus v. 4. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

_____. d. Ministério da Saúde. **Método canguru: diretrizes do cuidado**. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018, p. 84. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/12)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF. Secretaria de Atenção à Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

_____.a Ministério da Saúde. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, seção 1, p. 78. Disponível em: <http://portal.impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20139423/do1-2017-04-03-portaria-n-895-de-31-de-marco-de-2017-20139271>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Norma de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília DF: **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 84. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 29 set. 2018.

_____. a Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Instituto diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, seção 1, p. 120. Disponível em: <http://portal.impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24358525/do1-2016-10-24-portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>. Acesso em: 22 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília-DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília DF, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

_____. c. Ministério da Saúde. Saúde para você. **Método Canguru**. Brasília-DF: 2018. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/metodo-canguru>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

_____.a. SESI. **O Brasil e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Brasília DF: ODM Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CAETANO, Joselany Áfio et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 11, n. 2, p. 325-330, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715306022.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

CALAMEO, Ana Julia; REA, Marina Ferreira. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **CAD Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, março, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/15.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CALAZANS, Fabíolla Almeida; NASCIMENTO, Maria Júlia de Souza; CABRAL, Sheylla Pontes Bold da Silva. **MÃE CANGURU: UM RELATO DE VIVÊNCIA**. 2009. Monografia Bacharelado em Enfermagem. Universidade Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), Olinda PE. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/117616.E8.T3720.D4AP.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CARDOSO et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/255626342_Metodo_Mae-Canguru_aspectos_atuais>. Acesso em: 21 set. 2018.

CASCAES, Andreia Morales et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-32, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

CASTRO, Márcia Pimentel de; RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza; MARGOTTO, Paulo Roberto. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 235-242, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/27861/S0100-72032012000500008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 dez. 2017.

COLLET, Neusa; ROCHA, SemiramisMelani Melo. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 4, n. 1, p. 55-65, 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718313008.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

COSTA, Cristina Elizabeth; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 32, n. 4, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, Roberta et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Eletronica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=POL%3%8DTICAS+P%3%9ABLICAS+DE+SA%3%9A+DE+AO+REC%3%89M-NASCIDO+NO+BRASIL%3A+REFLEXOS+PARA+A+ASSIST%3%8ANCIA+NEONATAL&btnG=>. Acesso em: 28 set. 2018.

COELHO, Aline de Souza et al. Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI. **ReonFacema**, Caxias – MA, v. 4, n.1, p. 873-877, jan-mar de 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/viewFile/381/176>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. (Orgs.). **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. 2 ed. – São Paulo: Martinari, 2010.

CRUVINEL, Fernando Guimarães; PAULETTI, Claremir Maria. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva a neonatal: uma revisão. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11162>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DUARTE, Sílvia Cristina de Almeida. **Caracterização do processo de implementação do Método Canguru: perspectiva dos profissionais de saúde**. 2018. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+do+processo+de+implem+nta%C3%A7%C3%A3o+do+M%C3%A9todo+Canguru+%E2%80%93+perspetiva+d+os+profissionais+de+sa%C3%BAde&btnG=>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia Teixeira; MAGLUTA, Cynthia; GOMES, Maria Auxiliadora de Sousa Mendes. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n.5, p. 976-983, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0976.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

FELDMAN; Ruth. Parent–Infant Synchrony Biological Foundations and Developmental Outcomes. **Association for Psychological Science**, Ramat-Gan, Israel, v. 16, n. 6, p. 340-345, 2007. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/7625/5each367d25f9646a3a6840402b5d6054554.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

FERREIRA, Loide; VIEIRA, Cláudia Silveira. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá PR, v. 25, n. 1, p. 41-50, 2003. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2250>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

FERREIRA, Nayara Alves do Espírito Santo; SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte MG, v. 01, n. 01, agosto de 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/bio/article/download/70/56>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

FONSECA, Luciana Teixeira. **Efeito do leite materno na prevenção da retinopatia da prematuridade**. 2016. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148112>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 65, n. 3, 2012. <<http://www.redalyc.org/html/2670/267024789018/>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ. Uma Instituição a Serviço da Vida. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa, **Portal Fiocruz**, Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/prematuridade-provocada-por-intervencao-medica-chega-40-no-brasil>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto SP, v. 12, n. 3, p. 469-476, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1883/1940>>. Acesso em: 27 set. 2018.

Gestão da análise de resíduos presentes na água gerada da lavagem dos gases oriundos do processo de redução da cassiterita a estanho em alto-fornos, em uma empresa minero-metalurgia do município de Ariquemes, Rondônia - Scientific Figure on ResearchGate, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Mapa-de-localizacao-do-Municipio-de-Ariquemes-no-Estado-de-Rondonia-Brasil_fig1_260789658. Acesso em: 11 dez. 2018.

GESTEIRA, Elaine Cristina Rodrigues et al. MÉTODO CANGURO: BENEFÍCIOS Y DESAFÍOS EXPERIMENTADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria – RS, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Elaine_Gesteira/publication/312645750_Metodo_canguru_beneficios_e_desafios_experenciados_por_profissionais_de_saude/links/599cda9aaca272dff12bd984/Metodo-canguru-beneficios-e-desafios-experenciados-por-profissionais-de-saude.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

GOMEZ, Dafne B.C.A.; VIDAL, Suely A.; LIMA, Luciana C. Brazilian adaptation and validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N) questionnaire. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2017, v. 93, p. 156-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n2/pt_0021-7557-jped-93-02-0156.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

GONTIJO, Tarcisio Laerte. **Avaliação da implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru, no Brasil**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte MG. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/66753555-Tarcisio-laerte-gontijo-avaliacao-da-implantacao-da-atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru-no-brasil.html>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

GHISLENI, Angela Peña. **A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre RS. Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27501/000764963.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

GRAYSON, Claire E. Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birthweight Infants, (2016), by Agustín Conde-Agudelo and José Díaz-Rossello". **Embryo Project Encyclopedia**. Tempe, Arizona, EUA. 2018. Disponível em: <<https://embryo.asu.edu/pages/kangaroo-mother-care-reduce-morbidity-and-mortality-low-birthweight-infants-2016-agustin-conde>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GUIMARÃES, Gisele Perin. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem**. 2006. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89474/235231.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Dia dos pais: método canguru envolve toda a família**. Porto Alegre RS, 11 agosto 2017. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/593-dia-dos-pais-metodo-canguru-envolve-toda-a-familia#irsubmenu>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

KENNER, Carole. Enfermagem Neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, p.392, 2001.

LAMY, Zeni Carvalho. Metodologia canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. **Editores FIOCRUZ**, Rio de Janeiro RJ, v. 13, p. 141-156, 2003. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579-15.pdf>>, acesso em: 14 set. 2018.

LAMY, Zeni Carvalho; GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes; GIANINI, Nicole Oliveira Mota; HENNING, Márcia de Abreu e S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro RJ, vol. 10, n. 3, Jul/Set 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022>. Acesso em: 27 set. 2018.

LOPES, Thais Rosental Gabriel. **Vivência de pais diante do filho prematuro no Método Canguru**. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal RN. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24745/1/ThaisRosentalGabriellopes_DISSERT.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MACHADO, Luiza Geaquinto. **Fatores associados à transferência de recém-nascido elegíveis para a unidade de cuidados intermediários canguru em maternidades brasileiras**. 2017. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/25228/2/luiza_machado_iff_mest_2017.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

MANTELLI, Gabriela Vieira et al. Método canguru: percepções da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria RS, v. 7, n. 1, p. 51-60, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21182>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MENDES, Carolina Queiroz de Souza et al. Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 68, n. 6, p. 1169-1175, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1169.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Niterói RJ, v. 24, p. 2001-2012, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000900006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, p.21, 2002. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.

NEVES, Priscila Nicoletti; RAVELLI, Ana Paula Xavier; LEMOS, Juliana Regina Dias. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre RS, v. 31, n. 1, p. 48-54, março de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a07v31n1.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

NICOSIA, Grazi. Contato do colo materno contribui no desenvolvimento de prematuros. **SIS SAÚDE – Sistema de Informação em Saúde**, Porto Alegre RS, 2010. Disponível em: <<http://sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=6339>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

OCAMPO, MelvaPatricia. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. **Aquichán**. Chía, Colombia, v. 139, n. 1, p. 69-80, 15 de Julho de 2013. Disponível em:

<<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2104/2998>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

OLIVEIRA, Gisele do Couto et al. **Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros**. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT. Disponível em: <http://ri.ufmt.br/bitstream/1/180/1/DISS_2015_Gisele%20do%20Couto%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. Tratado de Metodologia Científica. 2. ed. São Paulo SP: Pioneira Thomson, 1999. p.115.

PEDRO, Marcio Vinicius; RODRIGUES, Diego Freitas; SILVA, Denisson. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). **Revista Política Hoje**, Recife PE, v. 25, n. 2, p. 175-212, 2016. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=.+Sa%3%BAde+%3%A9+o+que+interessa%3F+A+influ%3%AAncia+do+PSF+no+alcance+da+meta+de+redu%3%A7%C3%A3o+da+mortalidade+infantil+dos+Objetivos+do+Desenvolvimento+do+Mil%3%AAnio+%282000-2011%29.&btnG=>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

PEDROSO, Glicínia Elaine Rosilho; BOUSSO, Regina Szyllit. O significado de cuidar da família na UTI Neonatal: Crenças da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá PR, v. 2, n. 2, p. 123-129, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5533/3516>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

PESSOA-SANTANA, Maria da Conceição Carneiro et al. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa PB, v. 20, n. 2, p. 157-162, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/14607>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PINTO, Júlia Peres et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, vol. 63, nº. 1, Brasília – DF. Jan./Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022>. Acesso em: 14 abr. 2018.

PRATES, Daniele de Oliveira; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Interrupções de atividades vivenciadas por profissionais de enfermagem em unidade de terapia

intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 24, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02802.pdf>. Acessado em: 15 abr. 2018.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acessado em: 26 mar. 2018.

RATH, Matias. Fundação Orsa. Famílias envolvidas com o Cuidado Mãe-Canguru. **Aleitamento.com**, Rio de Janeiro RJ, 15 de julho de 2011. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/mae-canguru/conteudo.asp?cod=1135>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva Lins; COLLET Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia GO, v. 09, n. 01, p. 200 - 213, 2007. Disponível em: <http://fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

REIS, Claudia Pereira de Souza. Dicionário de Saúde Ilustrado. **Martinari**. São Paulo, 2013. p. 1376.

ROCHA, Daniele Karina Lopes; FERREIRA, Helen Campos. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, Brasília DF, v. 4, n. 1, p. 24-28, 2013. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/497/187>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia GO, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/809/923?journal=fen>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

RODRIGUES, Ticiane Daltri Felix. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte MG, v. 16, n. 3, p. 454-462, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/549>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e Filantropos a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. **Revista redalyc.org**. v. 26, n. 44, p. 437-459. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3844/384434833006.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.13, n.2, p. 73-81. São Paulo SP, dezembro de 2013. Disponível em: <<https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/170-vivencias-de-mes-de-recm-nascidos-prematuros-na-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal.html>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SANTOS, Maria Helena; DE AZEVEDO FILHO, Francino Machado. Benefícios do método Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília DF, v. 14, n. 1, p. 67-76, 2016. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3477/3071>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SANTOS, Pâmella Formiga; SILVA, Jonas Barboza; OLIVEIRA, Aislan Santos. Percepção da enfermagem sobre o método mãe-canguru: Revisão integrativa. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador BA, v. 6, n. 6, p. 69-79, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/08/percep%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-sobre-o-m%C3%A9todo-m%C3%A3e-canguru-revis%C3%A3o-integrativa-v-6-n-6.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

SANTOS, Thaís Amanda de Souza; DITZ, Érika da Silva; COSTA, Patrícia Rodrigues da. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. enferm. Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei MG, v. 2, n. 3, p. 438-450, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/220/408>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

SILVA, Laura Johanson; SILVA, Leila Rangel; CHIRSTOFFEL, Marialva Moreira. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo SP, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40409/43385>>. Acesso em: 01 out. 2017.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; BARBOSA, Shirley Lusmar; ROCHA, Rogério Gonçalves; FERREIRA, Tadeu Nunes. Experience and needs of parents from premature neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Revista da enfermagem da UFPI**, Teresina PI, v. 7, n. 1, p. 810-816, 2018. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6667/pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SILVEIRA, Rita de Cássia. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Porto Alegre RS. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. ed. 1. 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

SOUZA, Luís Paulo Souza et al., Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza CE, v. 27, n. 3, p. 374-380, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2731/pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SPEHAR, Mariana Costa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Psicologia em Estudo, **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, Maringá PR, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2871/287130590007/>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

TAMEZ, Raquel Nascimento. Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 6ª. Ed. Rio de Janeiro RJ: Guanabara Koogan, p. 385. 2017. Disponível em: <<http://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/cfi/6/2!/4/2/2@0:7.93>>. Acesso: 26 jul. 2018.

The Millennium Development Goals Report 2015. **United Nations**. New York, p. 75, 2015. Disponível em: <[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

VÉRAS, Renata Meira; TRAVERSO-YÉPEZ, Martha Azucena. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou baixo peso - Programa Canguru. **Estudos Feministas**, Florianópolis SC, v. 18, n. 1, p. 288, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2010000100004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

VÉRAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e

religiosidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá PR, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a11v15n2>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

VERONEZ, Marly et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre RS, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v38n2/0102-6933-rge-1983-144720170260911.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

VIANA, Kelly de Jesus; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo; COCETTI, Monize; WARKENTIN, Sarah Warkentin. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro RJ, v. 29, p. 349-356, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=peso+ao+nascer+de+crian%C3%A7as+brasileiras+menores+de+dois+anos&btnG=>>. Acesso em 25 nov. 2018.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **ACTA Paul Enferm**, São Paulo SP, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva; 2003. p. 48. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf;jsessionid=387B0A48FAAAB215ED1EE00EDD9EB6DA?sequence=1>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO

Data: .../.../.....

1 – Qual a sua profissão?

- Enfermeiro (a)
 Técnico de Enfermagem
 Auxiliar de Enfermagem

2 – Há quanto tempo você trabalha na UTI Neonatal? _____

3 – Desde que você trabalha nesse setor recebeu algum treinamento sobre o Método Canguru?

- Sim
 Não

4 – A Clínica possui protocolos sobre a Assistência ao RN de baixo peso e/ou prematuro?

- Sim
 Não
 Não sei

5 – Você recebeu alguma orientação sobre esses protocolos?

- Sim
 Não

II - ORGANIZAÇÃO INTERNA

6 – Quem visita o bebê na UTI Neonatal e qual o acesso?

Família	Acesso		
	Livre	Por horário	Não tem acesso
<input type="checkbox"/> Mãe			
<input type="checkbox"/> Pai			
<input type="checkbox"/> Outro familiar – Qual?			

7 – Como é a primeira visita da Mãe? / pai / responsável?

- Acompanhada por funcionários/ profissionais desta Unidade.
 Não acompanhada.
 Outros: _____

8 – Caso a família (pai e outros membros) não comparecem para visitar o bebê dentro das primeiras 24 horas a equipe faz contato com estes?

- Sim
 Não existe rotina neste sentido

9 – Quais as informações dadas aos pais na primeira Visita?

- Informações do quadro clínico
- Apresentação de rotinas e normas da clínica
- Depende da demanda dos pais

III Dados da Primeira etapa Método Canguru TOQUE

10 – Quais são os critérios para a mãe/ pai tocar seu filho?

- O toque é livre
- Depende da gravidade do RN
- Outros. Especifique: _____

11 – Os pais são estimulados quanto ao toque?

- Sim
- Não

Como: _____

AMAMENTAÇÃO

12 – É feita abordagem de orientação à mãe sobre ordenha?

- Sim
- Não

13 – Em que momento é feita a primeira abordagem à mãe sobre ordenha?

- Não é feita
- Primeiras 24 horas
- Segundo dia
- Quando o bebê está saudável
- Quando o bebê começa a se alimentar
- Não sei
- Outros: _____

14 – As mães participam do estímulo à sucção?

- Sim
- Não
- Não sei

15 – As mães podem administrar o leite ordenhado?

- Sim
- Não

16 – Qual é o principal alimento inicial administrado por via enteral?

- Leite Materno Cru
- Fórmula
- Leite Materno Pasteurizado

PELE A PELE

17 – Quando é feito o primeiro contato pele a pele na posição canguru na UTI Neonatal / Alto Risco?

- Não é feito
- Quando a mãe deseja
- Quando o bebê está estável
- Outros: _____

18 – Para que haja o contato pele a pele é necessário ter autorização do neonatologista?

- Sim
- Não

19 – O que acontece com a mãe caso ela receba alta primeiro que a criança?

- Vai para casa
- Continua na clínica

20 – Caso ela continue na clínica quais são as estratégias utilizadas para a sua permanência?

- Fica no Alojamento Conjunto internada
- Alojamento para as mães
- Não existe nenhuma estrutura

21 – Quais as estratégias para a permanência da mãe, durante o dia na Unidade.

- Vale transporte
- Refeição
- Sala de espera
- Sala de convivência
- Outros: _____

22 – Fale-me sobre o significado do Método Canguru para você.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da pesquisa: **“MÉTODO CANGURU: INTERVENÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”**.

Prezado (a) Senhor (a): Convidamos a participar da pesquisa intitulada **“MÉTODO CANGURU: INTERVENÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”**. A ser realizada na Unidade Neonatal na cidade de Ariquemes-RO, tendo como pesquisadoras, Prof^a Kátia Regina Gomes Bruno, Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza e Acadêmica Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi. Cujo objetivo desta é: Identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal sobre a primeira etapa do Método Canguru. Para tanto basta responder a ficha de entrevista com profissionais da equipe enfermagem (atuando na primeira etapa do MC). Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. As informações obtidas nesta pesquisa não serão associadas a sua identidade e não poderão ser consultadas sem nossa autorização oficial, podendo ser utilizadas apenas para fins estatísticos ou científicos, desde que fiquem resguardados sua privacidade e anonimato. Informamos ainda que, o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado por sua participação. Haverá um risco mínimo para danos mentais e emocionais caracterizado por eventual constrangimento, devido algumas questões do instrumento de coleta de dados, e/ ou de tempo para preenchimento do mesmo. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contactar. Por meio do telefone (69) 3536-6600 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, localizada na Avenida Machadinho, 4349 Setor 6, Ariquemes/RO. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Profª Kátia Regina Gomes Bruno

RG _____

CPF _____

Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

RG _____

CPF _____

Acadêmica Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi

RG _____

CPF _____

Ariquemes, ____ de _____ de 2018.

Eu, _____,
tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em
participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão datiloscópica): _____

Ariquemes, ____ de _____ de 2018.

ANEXO III

CARTA DE ANUÊNCIA

Gerente Administrativo – Renan Dutra de Jesus

Ariquemes-RO.

Solicitamos autorização institucional da pesquisa, que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (CEP FAEMA), em cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Esta pesquisa é intitulada, “**Método Canguru: Intervenção Humanizada do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**”, e se realizará na Clínica Masterplástica Monte Sinai pela acadêmica Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi, sob orientação da Prof^a. Kátia Regina Gomes Bruno e Coorientação da Prof^a. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, com o seguinte objetivo: Identificar o grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal sobre a primeira etapa do Método Canguru, necessitando, portanto, ter acesso às informações colhidas dos profissionais da unidade. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta Clínica possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de Monografia e/ou artigo científico.

Ressaltamos que a pesquisa terá início após a apresentação do Parecer Consubstanciado Aprovado, emitido pelo do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAEMA. Salientamos ainda que, tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste gerente administrativo, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Ariquemes/RO, 04 de Abril de 2018.

Profª Kátia Regina Gomes Bruno
Pesquisadora Responsável do Projeto

Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Co-Orientadora da pesquisa

Lidiane Pavani Ferreira Pinaffi
Membro/Equipe da Pesquisa (acadêmica)

**Concordamos com a
solicitação**

**Não concordamos com a
solicitação**

Renan Dutra de Jesus
Gerente Administrativo



Lidiane Pavani Ferreira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7290864660100735>
Última atualização do currículo em 24/08/2018

Possui curso-técnico-profissionalizante em Técnico de Enfermagem pelo Colégio Do Trabalho(2005) e ensino-médio-segundo-graupela Escola Estadual Prof. Lúcia Silva de Assumpção(1999). Tem experiência na área de Enfermagem. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome	Lidiane Pavani Ferreira
Nome em citações bibliográficas	FERREIRA, L. P.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2018	Especialização em andamento em Pós Graduação em LiBras. Faculdades Integradas de Ariquemes, FIAR, Brasil.
2014	Graduação em andamento em Enfermagem. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2003 - 2005	Curso técnico/profissionalizante em Técnico de Enfermagem. Colégio Do Trabalho, COLÉGIO DO TRAB., Brasil.
1986 - 1999	Ensino Médio (2º grau). Escola Estadual Prof. Lúcia Silva de Assumpção, E.%20E.%20PROF., Brasil.

Formação Complementar

2018 - 2018	Ergonomia E Mecânica Postural. (Carga horária: 2h). Hospital e Maternidade Casa de Saúde Bom Jesus, HBJ, Brasil.
2017 - 2018	Extensão universitária em Voluntária na Campanha de divulgação e vestibular da FAEMA. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Curso Avançado de Curativo. (Carga horária: 8h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Ação Saúde: Venha Testar Sua Memória. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Projeto Criança Feliz, é uma criança saudável. (Carga horária: 3h). CMEI Sonho De Criança, CMEI, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Projeto: AMIGA BIBLIOTECA. (Carga horária: 5h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Minicurso em: Assistência Ao Paciente Crítico: Balanço Hídrico e Mon. Hemod. (Carga horária: 4h). Faculdades Associadas de Ariquemes, FAAR / IESUR, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Minicurso Em: Instrumentos Práticos Para Classificação De Pacientes E Dimen. (Carga horária: 4h). Faculdades Associadas de Ariquemes, FAAR / IESUR, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Iª Conferência Municipal de Saúde. (Carga horária: 14h). Prefeitura Municipal De Ariquemes, SEMSAU, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Projeto de Extensão: Autismo - FAEMA. (Carga horária: 8h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Campanha de atualização de Caderneta de Vacinação. (Carga horária: 4h). Prefeitura Municipal De Ariquemes, PREFEITURA ARIQU, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Projeto Dentinhos Para Que Servem?. (Carga horária: 30h). CMEI Sonho De Criança, CMEI, Brasil.

2017 - 2017	Extensão universitária em Projeto Dia Das Crianças. (Carga horária: 40h). CMEI Sonho De Criança, CMEI, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Desvendando Prescrição Médica. (Carga horária: 20h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	I Evento de conscientização e Prevenção ao Câncer de Mama. (Carga horária: 3h). Associação de Mães de Autistas de Ariquemes, AMAAR, Brasil.
2017 - 2017	I Conferência Municipal de Vigilância Em Saúde. (Carga horária: 14h). Prefeitura Municipal De Ariquemes, PREFEITURA ARIQUJ, Brasil.
2017 - 2017	Oficina: Controle Emocional e Habilidades Emocionais. (Carga horária: 15h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Oficina: Aprimoramento de Linguagem. (Carga horária: 2017h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2017	Representante discente titular da turma 2014.1, exercício 2016.2/2017.1. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Projeto: Casamento Comunitário. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Projeto de Extensão: Dia da Comunidade. (Carga horária: 5h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Curso Do Eletrocardiograma. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Núcleo de segurança do Paciente-Elaboração e Gerenciamento. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Curso de Extensão: FAEMA A SERVIÇO DA SAÚDE.. (Carga horária: 30h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em Dia da Mulher: O Papel da Mulher no combate de Doenças Neglig. no Cont. Afr. (Carga horária: 2h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2015 - 2015	Extensão universitária em CursoIntrodutório em Instrumentação Cirúrgica. (Carga horária: 28h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2015 - 2015	Extensão universitária em DIA DE AÇÃO SOCIAL. (Carga horária: 10h). Igreja Evangélica Assembleia de Deus - RO, ASSEMBLÉIA DEUS, Brasil.
2015 - 2015	Extensão universitária em Projeto Resgatando Valores (RVs). (Carga horária: 24h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2014 - 2014	Extensão universitária em Tutoria e Nivelamento-Fisiologia Humana, Histologia e Embriologia.. (Carga horária: 20h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2014 - 2014	Extensão universitária em Curso Extensão METODOLOGIA CIENTÍFICA. (Carga horária: 16h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2014 - 2014	Extensão universitária em Tutoria e Nivelamento-Anatomia Humana, Bioquímica, Citologia e Bio. Molecul. (Carga horária: 30h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2010 - 2010	Treinamento Para Uso Correto De aparelho Cardioversor/Desfibrilador Bifásic. (Carga horária: 1h). Hospital De Clínicas De Uberlândia, HCU, Brasil.
2007 - 2007	Treinamento Operacional Da Bomba De Infusão Samtronic, marca ST550T2. (Carga horária: 2h). Hospital De Clínicas De Uberlândia, HCU, Brasil.
2006 - 2007	Aprimoramento em Enfermagem Neonatal. (Carga horária: 214h). Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia, FAEPU, Brasil.
2004 - 2004	Curso de Extensão: Ética e Convivência no Estágio. (Carga horária: 12h). Colégio Do Trabalho, COLÉGIO DO TRAB., Brasil.

Atuação Profissional

Clínica Infantil Dom Bosco, DOM BOSCO, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2006 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Técnico de Enfermagem, Carga horária: 44, Regime: Dedicção exclusiva.

Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia, FAEPU, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2010 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Técnico de Enfermagem, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.

Idiomas

Português	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Espanhol	Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Bem, Escreve Pouco.
Libras	Compreende Pouco, Fala Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. . RELATO DE CASO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, A PACIENTE COM ERISÍPELA E SEPTICEMIA.. In: II ENCONTRO CIENTÍFICO FAEMA, 2016, Ariquemes. RELATO DE CASO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, A PACIENTE COM ERISÍPELA E SEPTICEMIA, 2016. p. 207-212-207.

Apresentações de Trabalho

1. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. . 'SIMBOLOGIA E CLASSES DE RESÍDUOS'. 2018. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Demais tipos de produção técnica

1. ★ **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. . 'Regimento Interno para: Recrutamento e Seleção do Pessoal de Enfermagem'.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Elaboração do Regimento Interno).
2. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. ; MAIA, R. C. B. . POP - Técnica de Higienização dos Óculos de Grau.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Procedimento Operacional Padrão - POP -).
3. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. ; MAIA, R. C. B. . Identificação do Paciente a Beira Leito.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Procedimento Operacional Padrão - POP -).
4. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. ; MAIA, R. C. B. . Transporte Paciente Cirúrgico.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Procedimento Operacional Padrão - POP -).
5. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. ; MAIA, R. C. B. . Gerenciamento de Processamento de Roupas e Campos Cirúrgicos de Tecido Algodão Duplo.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Procedimento Operacional Padrão - POP -).
6. **FERREIRA, L. P.**; LOIOLA, M.P. ; MAIA, R. C. B. . POP's da Unidade de Internação, Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização e Sala de Recuperação Pós Anestésica.. 2018. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Revisão de 110 Procedimentos Operacional Padrão - POP's).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. 1ª MARCHA EM PROL DA SAÚDE.1ª MARCHA EM PROL DA SAÚDE. 2018. (Outra).
2. 26ª Semana de Enfermagem do COREN-RO, e 2ª Semana de. 2018. (Seminário).
3. Ação Faça Uma Criança Sorrir. 2018. (Oficina).
4. 25ª SEMANA DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA. 2017. (Seminário).
5. 2ª Semana de Enfermagem: Curso Avançado de Curativo. 2017. (Outra).
6. 2ª Semana de Enfermagem - FAEMA. 2017. (Outra).
7. Atenção a Criança Vítima de Violência.. 2017. (Encontro).
8. I Evento de Conscientização e Prevenção ao Câncer de Mama. 2017. (Seminário).
9. 24ª SEMANA DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA. 2016. (Seminário).
10. Faema a Serviço da Saúde. 2016. (Seminário).
11. II Encontro Científico da Faema. 2016. (Encontro).
12. I Semana de Enfermagem FAEMA - Desafios e Conquistas da Enfermagem nos últi. 2016. (Seminário).
13. 23ª Semana de enfermagem de Rondônia. 2015. (Seminário).
14. I Encontro Científico da Faema. 2015. (Encontro).
15. 22ª Semana de Enfermagem de Rondônia. 2014. (Seminário).

16. "IX Semana da Amamentação em Enfermagem". Apoiar as Mães: uma ação de ouro.". 2008. (Outra).
17. Seminário em Terapia Comunitária. 2005. (Seminário).
18. I Ciclo de palestras: "Auscutando a voz da experiência". 2003. (Outra).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 13/12/2018 às 22:45:03

[Imprimir currículo](#)