

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

NEONATAL: método mãe canguru

Talita Maciel Domingos Ferreira¹
Nicolli Bellotti De Souza²

RESUMO

O Método Mãe Canguru (MMC) foi criado em 1979 pelo médico colombiano Edgar Rey Sanabria. Desde então, o método se tornou uma Política Nacional de Saúde, cujo principal objetivo é proporcionar a assistência humanizada, não só aos recém-nascidos prematuros que nasceram com o peso inferior a 2.500 Kg, como também a toda sua família, de forma gratuita. O método mãe canguru acelera o desenvolvimento do prematuro através do contato diário pele a pele com a mãe, o que favorece a alta precoce da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O objetivo do presente trabalho é explanar como a assistência de enfermagem pode contribuir na aplicabilidade do método mãe canguru, a partir de uma revisão bibliográfica. É importante que a equipe de enfermagem preste uma assistência humanizada nestas ocasiões, propiciando o melhor ambiente para o prematuro dentro do setor, orientando e estimulando as mães quanto à prática do MMC. Além disso, a sensibilização e o treinamento da equipe de enfermagem são fundamentais para o êxito da aplicação do método.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Humanização. Método Mãe Canguru. Prematuros.

ABSTRACT

The Kangaroo Mother Method (KMC) was created in 1979 by the Colombian physician Edgar Rey Sanabria. Since then, the method has become a National Health Policy, whose main objective is to provide humanized care, not only for preterm newborns born with a weight of less than 2,500 kg, but also for the whole family, free of charge. The kangaroo mother method accelerates the development of prematurity through daily skin-to-skin contact

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem - UniAtenas

² Docente e Orientadora Científica - UniAtenas

with the mother, which favors early discharge from the Neonatal Intensive Care Unit. The aim of this paper is to explain how nursing care can contribute to the applicability of the kangaroo mother method, from a bibliographic review. It is important that the nursing team provide a humanized assistance in these occasions, providing the best environment for the premature within the sector, guiding and stimulating the mothers about the practice of KMC. In addition, awareness and training of the nursing team are fundamental to the successful application of the method.

Keywords: *Nursing Assistance. Humanization. Mother Kangaroo Method.*

Prematures.

INTRODUÇÃO

Segundo Venâncio e Almeida (2004), o método mãe canguru também pode ser intitulado como: Cuidado Mãe Canguru ou até mesmo como contato pele a pele. O referente método é exercitado dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em bebês prematuros e de baixo peso ao nascer. Esse marco importante, foi alentado e instaurado por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, no país da Colômbia. O método “Mãe Canguru” , recebeu esse título, devido a similitude em que a fêmea canguru carrega seus filhotes e como as genitoras dos recém-nascidos, os carregam após o parto.

Anualmente, nascem cerca de 20 milhões de crianças prematuras. Em consequência dessa prematuridade, essas crianças acabam nascendo com baixo peso (BP). Um terço destes 20 milhões de crianças prematuras e de baixo peso, infelizmente acabam vindo a óbito antes mesmo de completarem seu primeiro ano de vida. São várias as causas de óbito e doenças, que mais comumente afetam os prematuros de baixo peso, exemplo disso, são as infecções recorrentes, devido a problemas no sistema respiratório, resultando em asfixia neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A humanização da assistência se inicia desde o pré-natal de forma contínua, no momento do parto e após o nascimento da criança. É importante que o profissional de enfermagem, informe a genitora sobre possíveis condutas geradoras de incômodos ao recém-nascido. É primordial que o enfermeiro responsável pelo atendimento possua um conhecimento técnico-científico amplo, atuando assim com total segurança, buscando

fazer deste setor hospitalar, um setor seguro e propício à otimização da qualidade de vida do neonato, começando primeiramente pelo toque suave do profissional, durante a assistência e cuidados de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde deixa claro que o profissional responsável pelo atendimento dentro da UTIN, deve ter conhecimento sobre o recém-nascido desde sua vida intra como extrauterina, como também de toda a sua família. Para tal fim, é indispensável que haja comunicação entre a equipe interdisciplinar, ou seja, entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar, para que se obtenha êxito durante toda a assistência prestada, até o último dia desse recém-nascido no setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

Na maioria dos casos de mortalidade neonatal, o principal fator relacionado é a prematuridade e o baixo peso ao nascer. No mundo nascem cerca de 20 milhões de bebês prematuros, muitos por decorrência de causas maternas, levando o recém-nascido nascer com baixo peso. Nos países menos desenvolvidos, o número de mortalidade neonatal sobressai diante os países desenvolvidos, favorecendo o número de óbitos neonatais (OMS, 2004).

Quando o assunto é prematuridade, o desafio da equipe de enfermagem torna-se cada vez maior, pois é papel do enfermeiro durante a assistência de enfermagem diminuir o risco de fatores que compliquem o desenvolvimento do recém-nascido dentro do ambiente hospitalar (RODRIGUES; CANO, 2006).

A assistência de enfermagem humanizada traz consigo a missão de inserir o recém-nascido de baixo peso no ambiente familiar e social, oferecendo-lhes melhores condições de vida. Além disso, reduz as sequelas deste prematuro, contribuindo na diminuição do tempo de internação, como também evitando possíveis complicações neurológicas, pulmonares, auditivas e visuais (RODRIGUES; CANO, 2006).

METODOLOGIA

O presente projeto se caracteriza como uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002).

Foram utilizados como fontes artigos científicos na língua portuguesa, com publicação entre os anos de 2003 a 2018, depositados nas bases de dados Scielo, Bireme,

Google Acadêmico, bem como Ministério da Saúde, Biblioteca Digital e Revistas Acadêmicas.

O MÉTODO MÃE CANGURU (MMC)

HISTÓRICO DO MMC

O MMC teve início na Colômbia, mais precisamente em Bogotá no ano de 1978, sendo este consolidado pelos médicos neonatologias: Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez Gomes, no Instituto Materno Infantil de Bogotá. Outro episódio marcante foi a participação e colaboração dada pelo médico Luís Navarrete Pérez em 1979, quando o método passou a ser totalmente executado no país (LAMMY, 2003).

O foco principal dos pioneiros Edgar Rey, Hector Martinez e Luís Navarrete, diante do MMC e diante da situação em que se encontravam os recém-nascidos no Instituto Materno Infantil de Bogotá, não era somente estreitar a estadia dos RNPT e BP no país, como também estimular o desenvolvimento de cada um deles (LAMMY, 2003).

O modelo da atenção humanizada prestada pelos pioneiros do MMC nas UTIN, foi aplicado através de inúmeras buscas ativa, que visavam assim, traçar metas e soluções diante o cenário assustador de infecções neonatais, resultantes da inexistência de recursos tecnológicos dentro das UTIN (BARBOSA, 2004).

Dessa forma, os Doutores. Edgar Rey Sanabria, Hector Martinez Gomes e Luís Navarrete Pérez (Figura 1a, b, c), buscavam garantir a redução das taxas de mortalidade infantil, a redução das infecções neonatais ocasionadas pelo compartilhamento das incubadoras, o aperfeiçoamento dos cuidados prestado aos RNPT e BP, a estimulação do contato pele a pele e o vínculo entre cada um dos prematuro com seus familiares (LAMMY, 2003).

As observações críticas levantadas pelos médicos neonatologistas, fizeram com que eles chegassem à conclusão de que os RNPT e de BP, que repartiam da mesma incubadora, possuíam um desenvolvimento neuropsicomotor insatisfatório. Sendo assim, puderam notar também que, a permanência se tornava extensa dentro das incubadoras, devido o espaço nada confortável destinado para 2 ou mais RN (LAMMY, 2003).

Em virtude do que foi mencionado, é indispensável conhecermos um pouco sobre a vida de cada um dos responsáveis pela instauração do Método Mãe Canguru nas UTIN. É de fundamental importância, tomarmos conhecimento sobre quais foram as contribuições e quais foram as relevâncias que cada um deles tiveram e ainda possuem, ao longo destes 40 anos de criação do método (LAMMY, 2003).

FIGURA 1 – Médicos precursores do MMC: (a) Doutor Hector Martinez Gomes, (b) Doutor Edgar Rey Sanabria, (c) Doutor Luís Navarrete Pérez.



Fonte: <http://madrecanguero.tripod.com/inicios.htm>

Hector Martinez Gomes (Figura 1a), era um médico super determinado e apaixonado em ajudar as crianças em seu desenvolvimento. Faz parte também da lista dos médicos responsáveis pela institucionalização da primeira UTIN e também em concretizar o MMC. Hector, sempre almejou o aperfeiçoamento dentro dos diversos setores que utilizavam o MMC. Em consequência disso o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi quem permitiu a outros países a promoção e utilização do MMC como direito das crianças, inclusive, os RNPT e BP³.

A UNICEF foi a organização responsável em proporcionar a construção de um novo ambiente, chamado esse de La Casita, depois de observar o quão grande eram os esforços dos médicos Hector Martinez Gomes, Edgar Rey Sanabria e Luiz Navarrete Pérez

³ Disponível em <http://madrecanguero.tripod.com/consolidacion.htm>

em oferecerem aos prematuros uma atenção totalmente humanizada. É incontestável que o apoio da UNICEF foi essencial para essa atenção mais humanizada voltada aos RNPT e BP¹.

O objetivo desse programa era oferecer as genitoras um vínculo maior entre seus filhos, dando um "up" no desenvolvimento neuropsicomotor dos prematuros, que refletiam diretamente na diminuição das infecções neonatais, nos déficits das tecnologias existentes em 1979, estimulando assim um outro cenário dentro do setor, cujo principal objetivo era promover através do MMC, a alta hospitalar precoce de cada um dos prematuros. Sendo assim, a implementação do programa La Casita junto ao MMC, trazia aos prematuros o direito em ter suas próprias incubadoras¹.

Edgar Rey Sanabria (Figura 1b) além de médico, era docente em neonatologia e está entre um dos instituidores da primeira UTIN. Edgar, foi o primeiro médico a atinar-se sobre a falta de afeto dos profissionais da saúde pertinentes aos prematuros, já que na esfera em que os RNPT e BP viviam, não tinha se quer uma boa estrutura e tão pouco, um espaço ideal para a longa permanência⁴.

Edgar portanto, observou que os neonatos precisavam de algo a mais, já que eles ficavam totalmente isolados. Então Edgar, optou em promover o contato pele a pele entre os RNBP e seus genitores, afim de proporcioná-los um maior aconchego, estimulando e aumentando o vínculo mãe-pai-filho. Edgar, observou que se houvesse a instauração do método nas unidades, poderia surtir resultados significativos aos RN, ao participarem do MMC obtendo assim, o controle ideal da temperatura corporal quando colocados em contato pele a pele no tórax de seus genitores (BBC, 2012).

Luís Navarrete Pérez (Figura 1c) doutor, recém aposentado e apaixonado por crianças. Em 1982, após saber da sua aposentadoria, Luís optou por permanecer ao lado dos RNPT e BP, ajudando-os no indispensável durante a permanência no MMC. Luís então, se destacava em meio aos outros profissionais da área da saúde, por sua desenvoltura ao transmitir seus conhecimentos de forma precisa aos funcionários e aos familiares, abrindo mão da linguagem formal e técnica, para que todos pudessem assimilar o que estava sendo desenvolvido².

Luís Navarrete Pérez dispensava todo o seu tempo buscando uma atenção mais humanizada em relação aos cuidados desempenhados aos RNPT/BP e suas genitoras. Sendo assim, foi possível constatar diante as várias ações efetivadas, o amor envolvido por Luís

¹ Disponível em <http://madrecanguro.tripod.com/consolidacion.htm>

⁴ Disponível em <http://madrecanguro.tripod.com/inicios.htm>

Navarrete e a vontade que ele teve em trazer melhorias. Por isso, foi permissível sua cooperação e participação ao método. Luís em 1989, em forma de agradecimento, mostrou que seu trabalho e dos demais doutores, não teriam sido o mesmo, sem a participação do enfermeiro Rosário Martinez. Sendo assim, Luís nos mostrou a importância do trabalho em equipe e mostrou também, a importância da enfermagem para todo o funcionamento do MMC. Decidiu então colocar o enfermeiro Rosário Martinez como o único enfermeiro responsável pelo MMC. Luís valorizava e dava total apoio, no que se dizia trabalho em equipe, pois sabia que para algo acontecer e ter total excelência, precisavam não só dos médicos, como também de outros profissionais envolvidos na execução do mesmo².

O MÉTODO MÃE CANGURU NO BRASIL

O hospital Guilherme Álvaro localizado em Santos (SP), foi o primeiro hospital a trazer o MMC ao Brasil. Posteriormente, foi a vez do Instituto Materno Infantil de Pernambuco em 1993, adotar para o instituto o MMC (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Em consequência disso, nota-se que em 1997 houve o total reconhecimento do MMC, pela Fundação Getúlio Vargas ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco, pela estratégia aplicada ao método, possibilitando a expansão de uma Política Pública, no país (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Segundo a Portaria N°1.683, de 12 de julho de 2007:

O contato pele-a-pele, no Método Mãe Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

O MMC trata-se de uma Política Nacional de Saúde, associada a um modelo de atenção especial voltada ao RNPT e BP desenvolvida pelo órgão Ministério da Saúde (MS), após regresso e permissão para total execução do mesmo no Brasil. O objetivo é estudar possíveis ações, definir estratégias estudadas e utilizadas pelos profissionais da área da saúde, focadas aos recém-nascidos e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

² Disponível em <http://madrecanguro.tripod.com/inicios.htm>

O MMC atende de forma holística cada um dos seus participantes, ou seja, tem a missão de atender cada RNPT e de BP como um todo e não só como um mero paciente, carecido de cuidados. Outro fator existente que nos traz importância é a saúde física e mental de toda a equipe multidisciplinar, existente nas UTIN e principalmente aos profissionais de enfermagem, já que são eles que possuem maior contato com o paciente e família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A equipe de saúde é responsável pela prestação do atendimento integral, humanizado, hábil, respeitoso, de excelência e acima de tudo singularizado. Sabe-se que cada RNPT e BP, necessitará de uma atenção mais que especial. É primordial que a equipe de enfermagem respeite a essência de cada RNBP admitidos nas UTIN, buscando também respeitar o histórico familiar de cada um deles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Sendo assim, é necessário que haja uma abordagem inicial de como será o acolhimento de cada um dos pacientes e familiares, levando em conta que cada paciente é único e questões como: a segurança oferecida à família e ao prematuro, onde a mesma deve ser estimulada e oferecida todos os dias, durante o atendimento neonatal até a alta hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

ETAPAS DO MMC

A construção da família é um momento considerado especial tanto para a mulher, quanto para homem. É o momento em que os casais dizem se tornar “grávidos”, momento este de muita felicidade, de ansiedade, de medos, estes normais vividos pelos pais de primeira viagem, de preocupações quanto à saúde do feto que está sendo gerado no ventre da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quando a gestante recebe a notícia através das consultas de pré-natal que sua gestação é considerada de risco e que por algum motivo seu bebê pode nascer prematuro e com BP, é necessário que haja o acompanhamento dessa gestante durante todos os meses de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O MMC é composto por três etapas, a primeira e mais importante é a receptividade dos genitores dentro da UTIN, a segunda é a recepção dos genitores na unidade chamada “Unidade Canguru” e a terceira etapa consiste na alta hospitalar e na continuidade do cuidado em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Abaixo estão especificadas cada uma das etapas envolvidas no MMC:

1ª ETAPA: Consiste na receptividade em que os enfermeiros prestam aos genitores a partir da admissão do neonato no ambiente de cuidados intensivos, dando amparo e agilidade no processo de inserção do pai e da família na UTIN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2ª ETAPA: Consiste na garantia da continuidade da prestação dos cuidados, dentro das Unidades de Cuidados Intermediário Canguru. Traz consigo a palavra-chave: aleitamento materno. E é através dessa etapa, que o enfermeiro tem a oportunidade de reforçar todos os processos feitos por ele na primeira etapa, dando orientações a genitora sobre a questão do tempo de permanência, deixando claro que o tempo é a mãe quem decide, ressaltando que não é preciso ter pressa e que quanto maior for o tempo em contato pele a pele com o seu filho, mais surtirá grandes e bons resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

3ª ETAPA: Se caracteriza na alta hospitalar. Para chegar a terceira etapa é necessário que o RN tenha restabelecido seu padrão clínico e tenha chegado ao seu peso ideal, isso é, o peso satisfatório ganho em três dias antes da alta hospitalar, maior ou igual à 1.600 gramas, sendo então considerado agora um RN (AIG com percentil entre 10 e 90). A partir de então, os cuidados e assistência de enfermagem humanizada a esse RN, passa a ser realizada fora do ambiente hospitalar, ou seja, em domicílio juntamente aos seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

INDICAÇÕES PARA O MMC

O Ministério da Saúde nos anos 2000, teve a missão de priorizar e implantar a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP dentro do contexto do MMC. Essa norma criada pelo MS veio com foco total em estabelecer diretrizes para as unidades médico-assistências, ali realizadas pelo Sistema Único de Saúde, conhecido popularmente como SUS (VENANCIO; ALMEIDA 2004).

Durante a gestação podem acontecer algumas intercorrências que acabam fazendo com que o parto ocorra antes do tempo previsto. São fatores de risco para a ocorrência do parto prematuro e conseqüentemente a realização do MMC, que é especialmente realizado em crianças prematuras: mulheres com a idade maior ou igual a 40 anos, mulheres hipertensas, diabéticas, a condição socioeconômica de cada uma delas, a gravidez na adolescência e por último o grau de escolaridade, visto que as mulheres que possuem um menor grau de conhecimento em relação à sua saúde, podem acabar não realizando corretamente o pré-natal, não cumprindo o número de seis consultas preconizado pela Portaria Nº 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000 (DE PAULA SOUSA, 2018).

São três os parâmetros que determinam a indicação para o MMC. O primeiro parâmetro é a IG. Em relação a IG, os RN indicados ao método são os recém-nascido pré-termo (RNPT), aqueles que vieram ao mundo com IG abaixo de trinta e sete semanas (DATASUS, 2017).

O segundo parâmetro é o peso. Em relação ao peso, podemos classificá-los em: recém-nascido baixo peso (RNBP) nascidos com o peso inferior a 2,500 kg; recém-nascido muito baixo peso (RNMBP) nascidos com o peso entre 1,000 a 1,500 kg e recém-nascido extremo baixo peso (RNEBP) nascidos com o peso inferior a 1,000 kg (DATASUS, 2017).

O terceiro parâmetro é quando se relaciona a IG x Peso. São chamados de pequeno para a idade gestacional (PIG) e os adequados para a idade gestacional (AIG). Junto ao terceiro parâmetro, avalia-se também o percentil do recém-nascido. O percentil adequado é aquele cujo os valores estão entre 10 e 90 (DATASUS, 2017).

O MMC é contraindicado em casos de instabilidade clínica dos RNPT e BP, de isolamento térmico dos prematuros e quando fazem uso de ventilação oscilatória de alta frequência (LOPEZ; SANTOS; CARVALHO, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2015), os principais benefícios oferecido pelo MMC, são:

- a) o aumento do vínculo entre mãe-pai-filho;
- b) menor tempo dentro das incubadoras;
- c) descida rápida do leite materno da genitora;
- d) redução da taxa de mortalidade infantil;
- e) inclusão do aleitamento materno precoce, ajudando o sistema imunológico do prematuro se tornar mais forte;
- f) encoraja a responsabilidade, o cuidado e a segurança entre a mãe-pai-família no processo saúde-doença;
- g) redução significativa dos níveis de estresse e algias nos RNEBP.

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DO MMC

O profissional responsável pela assistência prestada, não deve prestar somente a assistência de enfermagem aos RN. O papel do enfermeiro também é de levar a humanização da assistência à família de cada um dos RN, sabendo que os genitores têm suas angústias, medos e dúvidas a respeito dos cuidados ao RN, após sua alta hospitalar. Nesse caso o papel do enfermeiro é primordial, pois ele deve oferecer todo um suporte a cada uma das famílias, ouvindo-as, orientando-as e sanando todas as dúvidas, de forma clara e concisa (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

Ao contrário do que muitos acreditam, para que aconteça a participação e total inclusão dos genitores a respeito do MMC e sobre as atividades realizadas em todo o seu cotidiano, faz-se necessário, por parte de todos da equipe multidisciplinar que trabalham dentro da UTIN, principalmente aqueles que são profissionais de enfermagem, o uso da linguagem informal, deixando de lado o uso de termos técnicos, para que haja a compreensão de todos os membros das famílias integrantes do MMC e para a promoção do cuidado continuado (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

É de suma importância a participação diária da genitora, por tempo indeterminado, durante a permanência do RN na UTIN. Faz parte da assistência de enfermagem humanizada no atendimento neonatal, o convite para que a genitora sempre venha estar ao lado do seu filho, promovendo e exercitando a cada novo dia o toque entre mãe-filho, favorecendo o quadro clínico de um desenvolvimento adequado, assim como, a promoção do processo psicoafetivo deste RNPT (ELEUTÉRIO et al., 2008).

Faz parte da assistência humanizada de enfermagem, as orientações transmitidas pelo enfermeiro sobre a questão do tempo de permanência no MMC. O enfermeiro deve enfatizar o tempo de duração do MMC. Sabendo que se o tempo for menor que 1 hora, se torna prejudicial a esse prematuro, principalmente os RNEBP já que isso, aumenta a manipulação desse prematuro desnecessariamente (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2017).

Sendo assim, o papel do enfermeiro é questionar a genitora se ela possui a disponibilidade de ficar por no mínimo 1 hora com seu bebê, orientando-a que se o tempo disponível por ela nesse dia, não for possível ficar durante 1 hora ou mais, o MMC passa a ser realizado no dia seguinte (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2017).

CAPACITAÇÃO E PREPARO DAS MÃES

Quando falamos sobre capacitação e preparação das mães de prematuros, falamos sobre o apoio durante todo o período de permanência na UTIN junto ao seu filho. O preparo e a capacitação não devem ser oferecidos apenas às genitoras, como também a toda a família de maneira singularizada, com um olhar mais amplo e humano (DA SILVA RABELO, 2007).

A capacitação e o preparo das mães para a realização das atividades propostas diariamente na UTIN, se dão por meio do estímulo do enfermeiro a cada uma das genitoras a praticarem o MMC (DA SILVA RABELO, 2007).

Explicar o que é o MMC, estimular essa genitora a praticá-lo, orientando que quanto maior for o tempo, melhor e mais eficaz. A genitora deve também se alimentar antes, ir ao banheiro, ingerir líquidos e chegar à UTIN preparada com a vestimenta adequada, trajando blusa que tenha a facilidade em abrir os botões, um sapato confortável, para que ela consiga se sentir confortável para permanecer com seu filho em posição vertical, o maior tempo possível (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2017).

É de grande valia mostrar à genitora a importância do aleitamento materno precoce, como forma de imunização passiva natural para um bom desenvolvimento e crescimento do prematuro, já que é no leite materno que se encontram os anticorpos responsáveis por oferecer total imunidade ao prematuro durante o tempo vivido na UTIN (ALBUQUERQUE, 2008).

Faz parte do papel do enfermeiro quando as genitoras chegam na UTIN, já incentivá-las com perguntas como: “Vamos praticar o MMC, mãe?”. Muitas vezes as genitoras ou até mesmo a própria família, criam dentro de si um receio em machucar o prematuro e muitas vezes acabam se recusando a praticarem o MMC, porque possuem pensamentos errôneos de que seu bebê está melhor dentro da incubadora do que pele a pele com ela, ou que até mesmo de que, ao praticar o MMC todos os dias causa certo desconforto ao prematuro (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2017).

O papel primordial do enfermeiro é orientar aos genitores e a família, todos os benefícios que o MMC proporciona ao prematuro e quais os benefícios são proporcionados a esses prematuros, após sua saída da UTIN (ALBUQUERQUE, 2008).

A Figura 2 mostra a posição correta para que os genitores, consigam êxito durante o MMC. O rosto dos filhos ficam em contato com o tórax dos genitores, com o auxílio de um pano, onde o mesmo tem o objetivo de oferecer uma maior sustentação e aconchego, suficiente para aumentar ainda mais o vínculo entre mãe-pai-filho.

FIGURA 2 – Posição correta do MMC



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2004).

SENSIBILIZAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A sensibilização e o treinamento da equipe de enfermagem devem acontecer diariamente com bastante maestria, para que só assim, consigam exercer de maneira qualificada o cuidado continuado, com bastante conhecimento técnico-científico e total organização dentro do setor. É dever da equipe de enfermagem, buscar sempre a melhoria da qualidade do atendimento, fortalecendo o binômio entre mãe-pai-filho (ALBUQUERQUE, 2008).

É necessário o treinamento da equipe de forma continuada, para que os pais entendam a necessidade e a importância da aproximação, do calor entre a mãe-pai-filho, para que ambos consigam sentir o amor, o carinho, tornando-o peça-chave para o desenvolvimento, até mesmo neurológico desse prematuro (ALBUQUERQUE, 2008).

É inadmissível que a equipe de enfermagem se oponha ou dificulte a execução do MMC, agindo com falta de ética ou empatia, fazendo com que aos genitores ou a família entendam que a presença deles dentro da UTIN está atrapalhando o trabalho da equipe, devido ao risco de extubação por manejar o prematuro diariamente ao praticar o MMC. Deve haver respeito e ética profissional, além de empatia e o olhar humano, à cada um que se encontra ali presente diante a necessidade de cuidados (ALBUQUERQUE, 2008).

Além disso, o enfermeiro tem que saber lidar diariamente com pessoas totalmente diferentes, umas das outras. A maneira com que ele vai transmitir suas orientações, a maneira pela qual ele vai se dirigir a uma genitora já madura é diferente daquela pela qual ele vai se dirigir, a uma genitora adolescente. O enfermeiro deve se ajustar à cada situação, para que se obtenha a eficácia do MMC (ALBUQUERQUE, 2008).

O AMBIENTE DAS UTIN

O ambiente encontrado nas UTIN é um ambiente totalmente estranho para os RNPT, pois é um local cheio de sons, luzes, um espaço totalmente amplo, com uma temperatura diferente da que ele estava acostumado, o que ocasiona estresse e dor ao RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Durante sua jornada na UTIN, o prematuro estabelece alguns sinais que auxiliam à equipe de enfermagem no processo da elaboração do plano de cuidado específico à cada um deles, diante suas características individuais e artifícios desenvolvidos por eles diariamente, os tornando protagonistas na potencialização do cuidado e nas mudanças de planos, caso seja necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A atenção humanizada dentro do setor começa a partir do respeito pelos prematuros, que por sua vez lidam com dificuldades em adormecer profundamente, devido a ruídos extremos gerados dentro do setor, como por exemplo: os monitores alarmando; falta de cuidado ao manuseio das incubadoras; choros constantes de outros prematuros; membros da equipe multidisciplinar que circulam e conversam durante o atendimento a outros pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

É necessário o comprometimento e a participação de toda a equipe, na busca ativa de estratégias que visam à redução dos ruídos, garantindo o restabelecimento da saúde e do desenvolvimento fisiológico de cada um dos seus pacientes. Para que ocorra esse restabelecimento, é necessário que cada uma das UTIN. possuam o controle de ruídos, eliminando o risco desses prematuros desenvolverem problemas auditivos ao longo da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A iluminação é considerada também como um dos fatores contribuintes para a inquietação dos RNPT, já que os mesmos não conseguem identificar se é dia ou noite, dentro da UTIN. As luzes ficam ligadas o tempo todo, para a execução de procedimentos. O fato de

não cobrir a incubadora ao longo da permanência dos prematuros, pode ocasionar algumas patologias visuais ao longo do seu crescimento, como por exemplo, dificuldades na cognição e principalmente durante as leituras, quando chegam em sua fase escolar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para evitar o estresse e a inquietação dos prematuros, as luzes da UTIN devem ser apagadas ou diminuídas, respeitando o sono e o bem-estar físico e mental de cada um deles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A reformulação do ambiente com o passar dos anos, auxiliou na formação de um ambiente mais aconchegante e mais flexível, para todo e qualquer tipo de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo, permitir um melhor conhecimento sobre a história por trás do Método Mãe Canguru, até sua chegada ao Brasil.

Conclui-se que o MMC, veio trazendo desde sua implantação inúmeros benefícios, não só ao desenvolvimento de cada um dos prematuros participantes do método, como também trouxe benefícios à família de cada um deles. Edgar Rey Sanabria, Luís Navarrete Pérez e Hector Martinez Gomez contribuíram de forma tão significativa, que atualmente, podemos observar a diminuição da taxa de mortalidade infantil dentro das UTIN e a alta hospitalar precoce dos prematuros.

Diante o exposto, é possível observar que o problema proposto por este trabalho foi solucionado, concluindo, através da consulta a autores com obras publicadas sobre este tema, que a assistência humanizada frente ao MMC contribui para o desenvolvimento dos prematuros que participam do método de forma bastante produtiva, validando assim, a hipótese apresentada e alcançando o objetivo geral e os objetivos específicos.

Faz-se necessária a educação continuada da equipe de enfermagem para a eficácia de todo o processo saúde-doença. Nota-se falta de interesse e iniciativa dos profissionais da equipe multidisciplinar em promover treinamentos periódicos, o que compromete a aplicação do método. O profissional proativo e extremamente qualificado garante aos seus pacientes todo amparo em qualquer aspecto, buscando soluções para os problemas encontrados durante sua jornada de trabalho.

Assim, compreende-se a importância deste trabalho, demonstrando que o enfermeiro fez e vem fazendo a diferença na vida de cada um dos seus pacientes, buscando sempre a promoção e prevenção da saúde de cada indivíduo, de acordo com os três princípios do SUS: Universalidade; Integralidade e Equidade. Como resultado, a equipe de enfermagem que trabalha de maneira humanizada em relação aos seus pacientes, sempre se destaca em meio aos profissionais que não trabalham com base nos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Elza Ávila. **O método mãe-canguru como recurso para a terapia de humanização do RN de alto risco.** Disponível em: <https://www.uva.edu.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/O-METODO-MAE-CANGURU-COMO-RECURSO-PARA-A-TERAPIA.pdf> Acesso em: 26 mai 2019.

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, v. 11, n. 1, 2007.

ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 262-268, 2010.

BADA, H. S. et al. **Frequent handling in the neonatal intensive care unit and intraventricular hemorrhage.** J. Pediatr., [S.l.], n. 117, p. 126-131, Jul. 1990.

BBC BRASIL. **Aos 30 anos, 'método canguru' ganha adeptos no mundo.** 2012. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/09/120919_metodo_canguru_jp.shtml Acesso em: 03 abr. 2019

BARBOSA, Arnaldo Prata. **Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível.** **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.

DATA SUS. **Departamento de Informática do SUS. 2017. In: Definições.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm> Acesso em: 03 mai 2019.

DA SILVA, Laura Johanson; DA SILVA, Leila Rangel; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. **Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009.

DA SILVA RABELO, Maria Zuleide et al. **Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 3, 2007.

DE PAULA SOUSA, Maria Eduarda Ferreira et al. **A importância da aplicação do método canguru em recém-nascidos prematuros.** Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN, v. 2178, p. 2091.

ELEUTÉRIO, Filomena Rocha Ramos et al. **O imaginário das mães sobre a vivência no método Mãe Canguru.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 4, p. 439-446, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002.

LAMY, Zeni Carvalho. **Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal,** p. 141, 2003.

LOPES, D. M.; SANTOS, L. M.; CARVALHO, R. M. **Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Terapia Intensiva neonatal.** Rev Soc Bras Enferm Ped.[periódico na internet], v. 10, n. 2, p. 71-8, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf Acesso em: 01 nov 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru : diretrizes do cuidado** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 84 p. : il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém nascido: Método canguru; diretrizes de cuidado.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado.pdf/ . Acesso em: 03 mai 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.683, DE 12 DE JULHO DE 2007.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html/ Acesso em: 16 mar 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° **570, DE 1° DE JUNHO DE 2000**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html Acesso em: 03 mai 2019.

Organização Mundial de Saúde, OMS. **Kangaroo Mother Care: a practical guide**. Genebra: WHO; 2003.

Organização Mundial de Saúde 2004. **Método Madre Canguro: Guia Práctica**. Genebra.

RODRIGUES, Márcia Aparecida Giacomini; CANO, Maria Aparecida Tedeschi. **Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 8, n. 2, 2006.

SILVA, Adriana Rebeca Evangelista da; GARCIA, Priscila Nascimento; GUARIGLIA, Débora Alves. **Método canguru e os benefícios para o recém-nascido**. HÓRUS, v. 8, n. 2, p. 1-10, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2015. **Método Canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/metodo-canguru-atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso/> Acesso em: 26 mai 2019.

TRIPOD. **Consolidação do programa**. Disponível em: <http://madrecanguro.tripod.com/consolidacion.htm#1> Acesso em: 10 mar 2019.

TRIPOD. **Começo**. Disponível em: <http://madrecanguro.tripod.com/inicios.htm> Acesso em: 10 mar 2019.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, H. de. **Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno**. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 5, p. 173-180, 2004.