



Acta Paulista de Enfermagem
ISSN: 0103-2100
ape@unifesp.br
Escola Paulista de Enfermagem
Brasil

Mazzo Neves, Fabrícia Adriana; Freire Orlandi, Márcia Helena; Yurie Sekine, Cristina; Menezes Skalinski, Lacita
Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 19, núm. 3, septiembre, 2006, pp. 349-353
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023807016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário

Humanized assistance to premature and/or low weigh newborn: implantation of Kangaroo-Mother Method at a University Hospital

Asistencia humanizada al recién nacido prematuro y/o de bajo peso: implantación del Método Madre Canguro en el Hospital Universitario

Fabírcia Adriana Mazzo Neves¹, Márcia Helena Freire Orlandi², Cristina Yurie Sekine³, Lacita Menezes Skalinski³

RESUMO

Relato de experiência de enfermeiros e equipe multiprofissional no processo de implantação do Método Mãe Canguru no Hospital Universitário, da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, em 2002, com os objetivos de: humanizar o cuidado ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, aprimorando o suporte familiar; promoção de maior nível de satisfação da equipe assistencial. O bebê fica em contato pele a pele com o peito da mãe, pai ou familiar significativo, com benefícios para seu peso, temperatura, afetividade, aleitamento materno, além da provável redução no tempo de internação e risco de infecção. Capacitada pelo Ministério da Saúde, uma equipe passou à implantação e multiplicação do Método; elaborado um Projeto de Extensão institucional, multiprofissional, como organizador e integrador do ensino à assistência. Dificuldades encontradas foram em relação à associação entre tecnologia, relacionamento interpessoal e entre as diversas áreas, cuidado humano e participação familiar.

Descritores: Relações profissional-família; Terapia intensiva neonatal; Recém-nascido de baixo peso; Prematuro; Relações mãe-filho

ABSTRACT

Experience report about nurses and multiprofessional group during the process of implantation of Kangaroo-Mother Method at the University Hospital of Maringá State University, Paraná, in 2002, with the objectives of: humanize the care to premature and/or low weight newborn, refining the familiar support; promote a better level of satisfaction to the assistance group. The baby stands on skin to skin contact with the mother, father or significative relative's breast, with benefits to his weight, temperature, affection, breastfeeding, besides the probable decrease of time in hospital and infection risks. A group, trained by the Ministry of Health started the implantation and multiplication of the Method; sophisticated a multiprofessional Extension Project in the institution as organizer and integrating studies and assistance. The difficulties found were about association among tecnology, people's relation and many common areas, human care and familiar participation.

keywords: Professional-family relations; Intensive care, neonatal; Infant, low birth weight; Infant, premature; Mother-child relations

RESUMEN

Se trata del relato de experiencia de enfermeros y grupo multiprofesional en el proceso de implantación del Método Madre Canguro en el Hospital Universitario, de la Universidad Estatal de Maringá, Paraná, en el 2002, con los objetivos de: humanizar el cuidado al recién nacido prematuro o bajo peso, mejorando el soporte familiar, promoción de mayor nivel de satisfacción del grupo asistencial. El bebé permanece en contacto piel a piel con el pecho de la madre, padre o familiar significativo, con beneficios para el peso, temperatura, afecto, amamantamiento, además de la probable reducción en el tiempo de internamiento y riesgos de infección. Capacitado por el Ministerio de Salud, un grupo pasó a la implantación y multiplicación del Método; elaborado un Proyecto de Extensión institucional multiprofesional como organizador e integrador de la enseñanza y asistencia. Fueron encontradas dificultades en relación a la asociación entre tecnología, relación interpersonal y entre diversas áreas, cuidado humano y participación familiar.

Descriptores: Relaciones profesional-familia; Cuidado intensivo neonatal; Recién nacido de bajo peso; Prematuro; Relaciones madre-hijo

¹ Especialista em Administração dos Serviços de Saúde e Formação Pedagógica em Educação Profissional; Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva do Hospital Universitário de Maringá – (PR), Brasil.

² Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM- Maringá (PR), Brasil; Mestre em Saúde Materno- Infantil, Doutoranda em Epidemiologia, pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

³ Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR.

INTRODUÇÃO

Atualmente, há inúmeros movimentos pela humanização da assistência à saúde com intuito de resgatar valores afetivos e sociais. O Método Mãe Canguru (MMC) foi adotado inicialmente na Colômbia por falta de recursos, especialmente incubadoras. As vantagens do MMC vão além da questão da sobrevivência em países pobres, pois atualmente vários países desenvolvidos apontam o método como uma forma de atenção vantajosa, viável e segura, que proporciona maior contato entre mãe e bebê e suporte à amamentação⁽¹⁾.

Benefícios já alcançados pelas propostas de humanização têm sido reconhecidos pela sociedade científica e órgãos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, há necessidade de tornar a assistência humanizada acessível à população e, para isso, é imprescindível iniciativas assistenciais e ação política específica. O Ministério da Saúde assumiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança desde 1992, e hoje conta com inúmeros hospitais credenciados⁽²⁾. O eixo norteador da IHAC se constitui pela promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e, tem como estratégia mobilizadora e organizadora o cumprimento de 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Preocupado em encontrar uma metodologia de abordagem perinatal que tivesse como foco a humanização da assistência, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru - MMC, como política pública⁽²⁾.

O MMC se constitui em assistência neonatal que prevê o contato pele a pele em tempo mais imediato, que seja possível, entre a mãe / pai / familiar significativo e o recém nascido prematuro e/ou de baixo peso. O contato deve ser de forma crescente e pelo tempo que ambos sentirem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais / responsáveis no cuidado ao recém-nascido⁽³⁾.

A adoção do método estimula a formação dos laços afetivos; favorece a produção do leite materno, beneficiando assim a lactação e a amamentação; ajuda no desenvolvimento físico e emocional do bebê; reduz o estresse e o choro do RN; estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura do corpo do bebê; possibilita lembrar o som do coração materno, da voz da mãe, o que transmite calma e serenidade; desenvolve, no bebê, sentimentos de segurança e tranquilidade; diminui riscos de infecção cruzada e hospitalar; reduz o número de abandono desses bebês e contribui para o apego entre mãe/filho⁽³⁾.

Autores⁽⁴⁾ explicam as três etapas realizadas na

aplicação do método. A primeira etapa é um período de adaptação e treinamento para os pais e a busca da estabilidade no quadro clínico do bebê, buscando, sempre que possível, o contato pele a pele. A segunda etapa contempla o acompanhamento contínuo do bebê pela mãe, pois ele estará estável, permanecendo na posição canguru pelo maior tempo possível. E a terceira etapa refere-se ao ambulatório de acompanhamento, após a alta, para avaliar os benefícios e corrigir situações de risco.

Nesse cenário, a enfermagem se insere no cuidado e torna o mais agradável possível o período de internação, permanece 24 horas por dia na assistência e estímulo para o estabelecimento do vínculo afetivo entre os pais e o bebê.

O número de Unidades de Terapia Intensivo Neonatais tem aumentado nos últimos anos no Brasil, o que permite maior adequação do tratamento aos casos de prematuridade e baixo-peso ao nascer. Espera-se que essa sofisticação tecnológica contribua para descenso da morbi-mortalidade neonatal, porém, quando se observa a mortalidade causada pela doença da membrana hialina em UTI, é cerca quatro a cinco vezes maior do que em países do primeiro mundo. Essa diferença pode ser atribuída a muitos fatores, segundo o autor: insuficiência de recursos humanos especializados, super-lotação, deficiência nos cuidados básicos dos recém-nascidos, como a termorregulação, alimentação e prevenção de infecções⁽⁵⁾.

O MMC associado a uma assistência médica adequada pode melhorar muito as condições de saúde e de desenvolvimento dos bebês prematuros. O Instituto Materno-Infantil de Pernambuco desde 1994 é referência para gestações de alto risco e adota o MMC. As mães acompanham os bebês durante a permanência nas incubadoras; qualquer familiar que visite pode utilizar-se do Método; as mães têm aulas de culinária, alimentação, trabalhos manuais, dentre outras atividades⁽⁵⁾.

Constata-se que o MMC supera a interação técnica e dos conceitos tradicionais de uma abordagem médica. Prevê tratamento inovador às questões sociais, rompimento com a inércia dos procedimentos já habituais, redução dos custos globais, preveni e minimiza os danos sociais, além de diminuir os futuros gastos governamentais formatando um projeto social com baixíssimo custo de implantação e manutenção⁽⁵⁾.

A equipe de saúde, principalmente os enfermeiros-assistenciais das Unidades Críticas neonatais, do Hospital Universitário, da Universidade Estadual de Maringá (HUM/UEM), Paraná, buscou, como alternativa segura de cuidado integral aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, o Método Mãe-Canguru, a partir do ano de 2002. Esse hospital teve o seu credenciamento, como Hospital Amigo da Criança, em 2003, pelo Ministério da Saúde, após uma longa jornada de trabalho

para implementação dos Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno⁽⁶⁾.

Essa equipe, apoiada pela direção hospitalar, propôs uma mudança na concepção da assistência multiprofissional prestada ao binômio mãe/filho, a partir do conhecimento do MMC. Buscou-se garantir um atendimento individualizado, diferenciado, mais próximo ao binômio, e o livre acesso aos pais, que eram até então considerados visitantes, com horários pré-estabelecidos, sem fazer parte da dinâmica da instituição no cuidado ao recém-nascido especial.

Considerou-se que só a partir do conhecimento do meio familiar em que vivem as crianças nascidas prematuras, é que se promove assistência centrada em suas necessidades individuais, reconhecendo-as enquanto sujeitos que mantêm relações com o seu cenário social e seu grupo familiar⁽⁷⁾.

Anteriormente à implantação do Método no HUM, os recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros eram colocados em incubadoras com nenhuma participação da família no cuidado. Esse cuidado convencional, embora necessário e útil, pode gerar problemas porque mecaniza a assistência e reduz o contato humano entre mãe-filho e profissionais de saúde, além de propiciar o abandono da criança pela mãe⁽⁵⁾.

A atitude de desconfiança e desconhecimento da equipe de saúde neonatal, a infra-estrutura inadequada constituíram os maiores obstáculos para a implantação do MMC. Os pais participavam do cuidado, permaneciam no Hospital, então buscavam maiores informações do quadro clínico, da terapia utilizada e do uso dos equipamentos específicos destas unidades, e surgiram conflitos interpessoais.

Em contrapartida o Hospital não conseguiu, inicialmente, viabilizar acomodação física confortável para os acompanhantes que, na maioria das situações, apresentavam problemas sociais como residência distante, em outro município, e falta de recursos para locomoção. Essas situações foram sendo solucionadas com o decorrer dos anos, com apoio gerencial do Hospital e dos municípios vizinhos mediante: transporte com carros da Secretaria Municipal de Saúde, permanência em albergues nos finais de semana, adequação de enfermaria-canguru, com três leitos. Assim no início de 2005 os problemas sociais estavam minimizados.

OBJETIVO

Este trabalho teve por objetivo relatar o processo de planejamento e implantação do Projeto de Extensão "Mãe Canguru: programa de humanização da assistência multiprofissional ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso" no Hospital Universitário de Maringá da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, bem como a

implementação das ações pertinentes, a partir de abril de 2002, que culminou com o estabelecimento de uma forma de cuidado hospitalar integral ao neonato.

MÉTODOS

O trabalho relata o caminho percorrido por um grupo de profissionais e acadêmicos de enfermagem que acreditam nesta estratégia de humanização da assistência ao neonato, o Método Mãe-Canguru.

As experiências de construção do processo de assistência neonatal, treinamento da equipe multiprofissional, implantação de um Projeto de Extensão e implementação das ações assistenciais serão abordados mediante resgate da memória histórica e, dos dados registrados desde o planejamento até a implementação de ações.

Ao tomar conhecimento científico da assistência Canguru, foram realizadas reuniões interdepartamentais (serviço e ensino), intersetoriais (gerência, assistência e diversos setores de cuidado à gestante de alto risco e ao neonato especial) e de capacitação, segundo os padrões governamentais.

Mediante a integração serviço – ensino estruturou-se um Projeto de Extensão em parceria com o Departamento de Enfermagem, de Medicina e de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, para garantir a participação de professores e acadêmicos, além de promover o cuidado humanizado na base da formação profissional. O projeto passou a ser contemplado com bolsa de extensão pela Instituição de Ensino, bem como foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional.

O Projeto, assim como o cuidado MMC foram desenvolvidos nas Unidades de Terapia Semi-Intensiva e Intensiva Neonatais, como primeira fase proposta na concepção do Método. O compromisso de viabilizar ao menos uma Enfermária canguru, onde as mães permanecem 24h e o Ambulatório de acompanhamento do bebê e família Canguru, 2ª e 3ª fases do Método, respectivamente, ficou firmado entre os profissionais parceiros, para serem atingidos a médio e longo prazo.

Realiza-se a abordagem da mãe a partir da estabilidade clínica do bebê nas Unidades Críticas, o Método é explicado, suas vantagens, quando respeitada a vontade e disposição da mesma para o início. O acompanhamento das famílias participantes é diário e em reuniões semanais que se configuram como Grupos de Apoio Multiprofissional.

Foram desenvolvidos instrumentos específicos para acompanhamento do desenvolvimento do bebê, com registros dos sinais vitais, peso e comportamento do mesmo. Foi implementado Livro de Registro dos neonatos atendidos pelo Método. Um folder-explicativo

para mães e famílias foi desenvolvido pela equipe.

A avaliação da assistência prestada é contínua mediante os registros da evolução clínica e vínculo mãe/filho. Não existe uma periodicidade para divulgação da avaliação mediante artigos, ou evidência nos indicadores hospitalares; são feitos sistematicamente relatórios apresentados junto ao Projeto Institucional.

RELATO

A partir da intenção da equipe de enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário (HUM), da direção de enfermagem do mesmo e dos Departamentos de Enfermagem, Medicina e Psicologia da Universidade Estadual de Maringá conclamou-se mais áreas profissionais à participação e foi escrito o Projeto de Extensão Institucional como forma de planejamento das etapas a serem conquistadas.

Essa intenção de humanizar o cuidado dos recém-nascidos em condições clínicas especiais emergiu dos enfermeiros assistenciais das Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva Neonatais, como aprimoramento do cuidado, promoção do conforto recém-nascido/família e melhoria da qualidade do período de internamento. Considerou-se também a necessidade de elevar o nível de satisfação profissional com a qualidade do cuidado prestado a estas famílias, além de proporcionar melhor qualidade de vida durante a internação, aos recém-nascidos e sua mãe/pai/familiar significativo. Na qualidade de Hospital de Ensino, marcou-se este processo de construção com um Projeto de Extensão.

Houve a capacitação, pelo Ministério da Saúde, de uma equipe de seis profissionais do HUM: duas enfermeiras, duas médicas (pediatras e neonatologistas), uma psicóloga, uma fisioterapeuta, nos meses de abril e setembro de 2002. Essa equipe tornou-se responsável por buscar parceiros e, multiplicar a proposta no HUM, para a implantação efetiva da assistência-canguru. Foram utilizadas etapas de sensibilização para apresentação do Método e de suas vantagens, bem como treinamentos focados na valorização da capacitação técnica para promoção de mudança na atitude do cuidado ao recém-nascido especial.

Foram providenciadas faixas para operacionalização do Método. Para registrar as informações necessárias ao acompanhamento da evolução do RN-canguru, foi aberto livro para registro dos bebês, elaborado folder explicativo e alguns impressos, como:

Ficha de Cadastro do RN em Posição Canguru: composto por três eixos de informações quanto à identificação da mãe e RN, situação clínica ao nascer e cuidados especiais após o nascimento. **Ficha de Monitorização do RN em Posição Canguru:** informações relativas à evolução do RN, quanto a

Unidade de Internação do mesmo; quanto ao diagnóstico inicial e alterações; a alimentação; tempo de permanência em posição, evolução do peso diário, choro, sono/reposo, períodos de vigília. São também registradas informações relativas às mães (aceitação ou recusa).

À medida da utilização das fichas, surgiram necessidades de registrar novos dados e alterar a maneira de registro de outros. Durante o primeiro ano de estruturação do projeto, as reuniões foram realizadas quinzenalmente, alternando reuniões científicas para apresentação e discussão multiprofissional dos temas propostos pela capacitação e, reuniões operacionais nas quais se discute o andamento do Programa, as dificuldades encontradas, os avanços e as adequações necessárias.

A equipe multiprofissional foi subdividida para contemplar a segunda e a terceira fases do método, que são: a enfermagem-canguru e o acompanhamento dos bebês que realizaram o MC, mediante ambulatório de retorno e reuniões familiares, respectivamente. No início de 2005 todas as fases estavam sendo contempladas.

A participação familiar nas atividades das unidades estimula uma aproximação maior da equipe, oferecendo vantagens para o desenvolvimento do bebê. Em contrapartida, gera conflitos internos, devido a situações vivenciadas a partir de sua permanência pois, ao se familiarizarem com o ambiente, deixam de ser “visitas”; buscam mais informações, chegando a “exigir” uma adequação no ritmo de serviço da equipe. Além disso, exercem uma certa ‘vigilância’ no trabalho da equipe. Estes aspectos eram previsíveis e com o tempo foram superados.

Alguns trabalhadores, entre médicos e enfermeiros, têm mostrado resistência ao método, possivelmente porque o MMC contradiz o modelo convencional de atendimento neonatal, porque permite a permanência dos pais junto ao filho, seja na unidade de terapia intensiva ou no alojamento conjunto, estimulando a sua participação no tratamento e nos cuidados com o bebê, o que oferece autonomia aos pais para tomar decisões junto à equipe quanto aos procedimentos realizados, tais como a coleta de materiais para exames, respeito ao sono, estimulação, alimentação e alta hospitalar⁽⁸⁾.

De acordo com nossa experiência a introdução do MMC não exige grandes investimentos, “trata-se basicamente de capacitação, uma vez que a mãe é a figura principal do programa”⁽⁵⁾. Constatamos que as incubadoras não ficaram “ociosas” mas, puderam ser liberadas, com segurança, para outros neonatos com quadro clínico instável.

A convivência da família e serviço propiciou oportunidades para educação em saúde e informação das mães, dos pais e família sobre o cuidado com o recém-nascido especial, fato que possibilita um “aumento da auto-estima da mãe, dá-lhe confiança, enfim, faz

diminuir uma eventual culpa por ela se sentir, de algum modo, responsável pela situação do filho”⁽⁵⁾. Nossa experiência nesta situação foi muito evidente, principalmente em relação às mães adolescentes.

A permanência dos pais/família nestas Unidades é bastante significativa, favoreceu a formação dos laços afetivos e incentivou o aleitamento materno; os bebês ficaram mais calmos. A integração multiprofissional e acadêmica no cuidado propiciou a construção desta modalidade de assistência ao neonato e, têm oportunizado o aprendizado formativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, houve aqueles profissionais cuja bandeira era contrapor-se ao novo método, em defesa da supervalorização da tecnologia (necessária) desenvolvida para o cuidado dos recém-nascidos especiais. Esta tecnologia é imprescindível, só que não se deve substituir o humano e o familiar, pelo poder de assistência da máquina e do especialista. Toda iniciativa que promova a vida e a sobrevivência deve ser interativa e integrada às já existentes, visando, prioritariamente, uma melhoria da qualidade na assistência multiprofissional e de vida do paciente.

Durante este tempo de busca pelo melhor desenvolvimento do RN e da melhoria da assistência hospitalar, a equipe pôde experimentar uma elevação na

satisfação do cuidado oferecido. Conseguiu-se quebrar alguns tabus da assistência médica e de enfermagem tradicionais, com conseqüente aumento na valorização e respeito profissional.

REFERÊNCIAS

1. Toma TS. A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso. *BIS - Bol Inst Saúde*. 2003; 30: 24-5.
2. Venancio SI, Paiva R. Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas. *BIS - Bol Inst Saúde*. 2003; 30: 20-1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, método canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Carvalho MR, Prochnik M. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES; 2001. p. 11, 34.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Criança. Aleitamento materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [texto na Internet] . [citado 2004 Mar 2]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
7. Gaiva MAM, Ferriani MGC. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. *Acta Paul Enfermagem*. 2001; 14(1): 17-27.
8. Colameo AJ. O Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. *BIS - Bol Inst Saúde*. 2003; 30: 22-3.