



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bruna Schiphorst Delgado

**CONTATO PELE A PELE EM UMA UNIDADE NEONATAL REFERÊNCIA DO
MÉTODO CANGURU**

Florianópolis
2020

Bruna Schiphorst Delgado

**CONTATO PELE A PELE EM UMA UNIDADE NEONATAL REFERÊNCIA DO
MÉTODO CANGURU**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Roberta Costa

Coorientador: Profa. Dra. Janaina Medeiros de Souza

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Delgado, Bruna Schiphorst
CONTATO PELE A PELE EM UMA UNIDADE NEONATAL REFERÊNCIA
DO MÉTODO CANGURU / Bruna Schiphorst Delgado ; orientadora,
Roberta Costa, coorientadora, Janaina Medeiros de Souza,
2020.
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Método Canguru. 3. Recém-Nascido Pré
Termo. 4. Contato Pele a Pele. 5. Enfermagem Neonatal. I.
Costa, Roberta . II. Medeiros de Souza, Janaina . III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Bruna Schiphorst Delgado

Contato pele a pele em uma unidade neonatal referência do Método Canguru

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Roberta Costa
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Juliana Coelho Pina
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Profa Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Profa. Dra. Roberta Costa
Orientadora

Florianópolis, 2020.

Este trabalho é dedicado à minha família e a todos os recém-nascidos pré-termo e suas famílias que já passaram em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pois sem eles eu não estaria aqui e muito menos chegaria aonde cheguei (obrigada mãe, por não me fazer desistir). E aos meus irmãos, por me animarem e me (des)estressarem em momentos de tensão da pós-graduação (nóis é pau não é graveto).

Ao meu namorado, por aceitar, incentivar e apoiar o meu “investimento a longo prazo”, rumo a oito anos de muita parceira e compreensão. Obrigada pela paciência. Amo você!

Ao meu parceirinho de madrugadas de escrita, obrigada Foguinho, por ficar comigo, mesmo que dormindo, enquanto eu escrevia este e outros trabalhos.

Um agradecimento especial às amigas (Xan e Ana), que de tanto insistirem, me inscrevi para a seleção no mestrado e hoje estou aqui escrevendo esses agradecimentos.

Aos amigos antigos (Xan, Stéf, Dani, Fernando) e os novos (Fran E, Fran V, Iris, Simony) colegas de mestrado, por deixarem a pós-graduação e as reuniões de grupo de pesquisa mais leves. Com certeza fizeram toda a diferença. Sem esquecer a (melhor) amiga distante, Gaby, obrigada pela parceira de sempre, mesmo longe, conversar contigo faz toda a diferença na minha vida!

À minha orientadora, desde a graduação, prof Roberta, por me servir de exemplo de profissional, enfermeira e mulher. Obrigada por me acolher e desculpa a loucura de fazer tudo no limite das datas.

À minha coorientadora, prof Janaina, por me ajudar a me situar nesse mundo de pesquisa quantitativa e me ensinar o que sabe de um jeito leve e prazeroso.

Um agradecimento especial ao Laboratório de Pesquisa em Saúde da Pessoa Idosa (GESPI), a todos seus membros e a prof Angela por me receberem muito bem e me ensinarem. Obrigada também, prof Angela, por compreender e permitir que eu voltasse a minha área de domínio, mas ainda volto para realizarmos o projeto com as avós dos prematuros.

A todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sou grata por todo aprendizado.

Um obrigada às minhas bolsistas lindas (Monik, Flávia, Elisiane, Alicia e Stefane), sem vocês me ajudando eu ainda estaria coletando os dados.

À professora Patrícia Klock, por me fazer ser sempre águia e a confiar em mim.

À banca examinadora, tanto da qualificação quanto a da defesa desta Dissertação pelas valiosas contribuições que só enriquecem ainda mais este trabalho.

A todas as mães que aceitaram participar da pesquisa e não se cansaram da “chata do canguru”.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O contato pele a pele traz inúmeros benefícios tanto para o recém-nascido, quanto para sua mãe/família. No Brasil esta prática é estimulada a partir da política de atenção humanizado ao recém-nascido, conhecida como Método Canguru. Esta política pública vem sendo disseminada no Brasil desde 2000 e mudou o paradigma de cuidado nas unidades neonatais. Entretanto, pouco se conhece acerca da clientela atendida nas unidades referência para o Método Canguru. **OBJETIVO:** Descrever as características maternas e dos recém-nascidos e sua permanência em contato pele a pele, desde a internação até a alta da 2ª etapa do Método Canguru. **MÉTODO:** estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa realizado em uma unidade neonatal centro de referência para o Método Canguru. Os dados foram coletados durante um ano (01 de outubro de 2018 a 30 de setembro de 2019) por uma equipe treinada para realizar a identificação e captação dos pais, bem como o preenchimento dos instrumentos. Os instrumentos utilizados na coleta foram um sumário de internação, contendo informações relacionadas ao nascimento e internação do recém-nascido, bem como dados socioeconômico, da gestação e pré-natal coletados em entrevista com a mãe. Também foi utilizado um instrumento onde as mães registravam dados relativos ao contato pele a pele. Posteriormente os dados foram organizados em um banco no *Microsoft Excel*®, analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta (N) e relativa (%), média, mediana, valores mínimo e máximo. **RESULTADO:** participaram do estudo 29 recém-nascidos e suas mães. Relacionado aos recém-nascidos, o sexo masculino foi predominante, com idade gestacional média 31 semanas e peso médio de nascimento de 1371g. Ao analisar como se dá o contato pele a pele nesta unidade observou que o primeiro contato acontece, em sua maioria, após o quinto dia de vida. Não há diferença clínica significativa na frequência e tempo médio de contato pele a pele realizado na 1ª etapa (1,53 vezes/dia; 121,91 minutos/dia) e na 2ª etapa (1,6 vezes/dia; 145,97 minutos/dia. Constatou-se também que o peso médio de alta da 2ª etapa foi de 2281,6g e 50% dos recém-nascidos foram para terceira etapa em aleitamento materno exclusivo. **CONCLUSÃO:** o contato pele a pele é uma prática simples, benéfica, e de baixo custo que pode ser realizada por qualquer profissional. Com este estudo podemos observar que a adesão a prática do contato pele a pele na unidade ainda é baixa, ao se tratar de um centro de referência para o Método Canguru, não havendo diferença clinicamente significativa entre frequência e tempo médio de contato pele a pele entre a 1ª e 2ª etapa. Outro ponto a se ressaltar é que os recém-nascidos tiveram alta com peso bem acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, e que não possibilita uma alta precoce. Entretanto, parece que os resultados mostram uma contribuição do contato pele a pele em relação a prática do aleitamento materno exclusivo na alta.

Palavras-chave: Método Canguru. Recém-nascido pré-termo. Enfermagem neonatal. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Política de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Skin-to-skin contact has numerous benefits for both the newborn and his/her mother/family. In Brazil, this practice is encouraged by the policy of humanized care for the newborn, known as the Kangaroo Method. This public policy has been disseminated in Brazil since 2000 and has changed the care paradigm in neonatal units. However, little is known about the clientele assisted in the reference units for the Kangaroo Method. **OBJECTIVE:** To describe the maternal and newborn characteristics and their permanence in skin-to-skin contact, from admission to discharge from the 2nd stage of the Kangaroo Method. **METHOD:** cross-sectional descriptive study with a quantitative approach carried out in a neonatal unit that is a reference center for the Kangaroo Method. Data were collected over a year (October 1, 2018 to September 30, 2019) by a team trained to carry out the identification and capture of parents, as well as filling out the instruments. The instruments used in the collection were a summary of hospitalization, containing information related to the birth and hospitalization of the newborn, as well as socioeconomic, pregnancy and prenatal data collected in an interview with the mother. An instrument was also used where mothers recorded data related to skin-to-skin contact. Subsequently, the data were organized in a bank in Microsoft Excel®, analyzed using simple descriptive statistics, using absolute (N) and relative (%), mean, median, minimum and maximum values. **RESULT:** 29 newborns and their mothers participated in the study. Regarding newborns, the male gender was predominant, with an average gestational age of 31 weeks and an average birth weight of 1371g. When analyzing how skin-to-skin contact occurs in this unit, he observed that the first contact happens, mostly, after the fifth day of life. There is no significant clinical difference in the frequency and average time of skin-to-skin contact performed in the 1st stage (1.53 times/day; 121.91 minutes/day) and in the 2nd stage (1.6 times/day; 145.97 minutes / day) It was also found that the average discharge weight of the 2nd stage was 2281.6g and 50% of newborns went to the third stage in exclusive breastfeeding. **CONCLUSION:** skin-to-skin contact is a simple, beneficial practice, and low cost that can be performed by any professional. With this study we can observe that adherence to the practice of skin-to-skin contact in the unit is still low, as it is a reference center for the Kangaroo Method, with no difference clinically significant between frequency and average time of skin-to-skin contact between the 1st and 2nd stage Another point to note is that the newborns were discharged with a weight well above that recommended by the Health Ministry, and that does not allow an early discharge However, it seems that and the results show a contribution of skin-to-skin contact in relation to the practice of exclusive breastfeeding at discharge.

Keywords: Kangaroo-Mother Care Method. Infant, Premature. Neonatal Nursing. Intensive Care Units, Neonatal. Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos analisados.....	29
Figura 2: Cálculo amostral realizado pelo Sestatnet UFSC, Florianópolis, 2018.....	43
Quadro 1 – Relação de nascidos vivos de acordo com o peso em 2019.....	16
Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados para a revisão.....	30

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1 - Caracterização das mães de recém-nascidos pré-termo segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas, Florianópolis, 2020.....	53
Tabela 2 – Caracterização dos recém-nascidos pré-termo submetidos ao CPP, relativa às variáveis de nascimento, Florianópolis, 2020.....	55
Tabela 3 – Caracterização dos recém-nascidos pré-termo submetidos ao contato pele a pele segundo as variáveis relacionadas à internação. Florianópolis, 2020	56

MANUSCRITO 2

Tabela 1: Caracterização dos recém-nascidos segundo as variáveis de nascimento. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	68
Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	68
Tabela 3 – Dados de internação do RN relacionados à primeira etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	69
Tabela 4 – Dados de internação do RN relacionados à segunda etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CPP	Contato Pele a Pele
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGC	Idade Gestacional Corrigida
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira
MC	Método Canguru
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO	15
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO DO RN	17
2.3 ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU	21
2.4 POSIÇÃO CANGURU E OS BENEFÍCIOS PARA O RN	24
2.5 CONTATO PELE A PELE E GANHO DE PESO DO RN	28
3 MÉTODO	41
3.1 TIPO DE ESTUDO	41
3.2 LOCAL DO ESTUDO	41
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
3.4 COLETA DE DADOS	44
3.5 DESCRIÇÕES DAS VARIÁVEIS	45
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4 RESULTADOS	49
4.1 MANUSCRITO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS SUBMETIDOS AO CONTATO PELE A PELE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO MÉTODO CANGURU	49
4.2 MANUSCRITO 2 – CONTATO PELE A PELE EM UMA UNIDADE NEONATAL: UM ESTUDO DESCRITIVO	63
5 CONCLUSÕES	79
REFERÊNCIAS	81
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
ANEXO B – CERTIFICADO CANGURU	95

ANEXO C - SUMÁRIO DA INTERNAÇÃO NEONATAL E REGISTRO DIÁRIO DA EVOLUÇÃO DO RN.....	96
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL*	99
ANEXO E – CONSOLIDADO DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS DIÁRIOS DO RN E DA EXPOSIÇÃO AO CONTATO PELE A PELE.....	100
ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	101

1 INTRODUÇÃO

No mundo nascem cerca de 15 milhões de Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) por ano, e entre os 10 países com maior índice desses nascimentos encontra-se o Brasil. O fator prematuridade associado ao baixo peso ao nascer é responsável por 60 a 80% das mortes neonatais (LAWN *et al.*, 2013).

Recém-nascidos de Baixo Peso (RNBP) são aqueles que nascem com o peso igual ou inferior a 2.500g e RNPT são os que nascem com menos de 37 semanas de Idade Gestacional (IG). Esses Recém-Nascidos (RN) são considerados grupos de risco, pois possuem alta taxa de morbimortalidade, comprometimento do desenvolvimento neurológico, podendo gerar sequelas e risco para as crianças sobreviventes (BOUNDY *et al.*, 2015).

Com a evolução das tecnologias complexas e especializadas nas unidades neonatais, observa-se uma diminuição nesses índices de mortalidade perinatal e neonatal e a sobrevivência de RNPT com IG cada vez menor, porém, para a sobrevivência desses RN é necessário hospitalização e assistência intensiva que pode durar vários dias ou meses, prejudicando assim a aproximação do RN com seus pais e familiares (BRASIL, 2017).

O problema da separação entre o RNPT e sua mãe já era observado desde a década de 1970, na Colômbia, onde os médicos Edgar Reys Sanabria e Hector Martinez desenvolveram o “*Programa Madre Canguro*”, que frente a uma situação escassa de recursos, superlotação da unidade, situações de abandono e infecções cruzadas teve como um dos objetivos a alta hospitalar precoce de RNPT e de baixo peso e com essa alta promover o maior vínculo afetivo entre a mãe e RN, diminuindo o abandono, a superlotação, as infecções cruzadas (GOMÉZ; REY SANABRIA; MARQUETTE, 1992).

No Brasil, o Método Canguru (MC) começou a ser praticado em 1991 na cidade de Santos – São Paulo, e em seguida várias outras unidades neonatais começaram a utilizar essa prática de cuidado ao RN de risco (BRASIL, 2018). No ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº693/2000, lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC, posteriormente revisada pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007, em que seu objetivo é a orientação para a implantação do MC nas unidades neonatais, promovendo assim a atenção humanizada ao RNBP e sua família (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007). Portanto, o MC no Brasil vai muito além do Contato Pele a Pele (CPP), sendo uma política de atenção humanizada a essa clientela e sua família.

Este Método no Brasil possui quatro fundamentos básicos para uma assistência neonatal humanizada: acolhimento ao RN e sua família, respeito às singularidades, promoção do CPP (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho (LAMY FILHO *et al.*, 2008). Segundo a proposta brasileira, o MC é realizado em três etapas, podendo iniciar no pré-natal de alto risco ao orientar as mães sobre o nascimento prematuro e suas especificidades, passando pela internação do RN que ocorre na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), onde o atendimento é individualizado, promovendo a redução de intervenções neonatais e estímulos ambientes, oportunizando o contato pele a pele o mais precoce possível, a promoção do aleitamento materno e o envolvimento direto dos pais nos cuidados (BRASIL, 2017).

Na 2ª etapa do Método, o RN fica junto de sua mãe na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Nesta unidade, o RN deve permanecer a maior parte do tempo possível em contato pele a pele. Ao completar a 2ª etapa, o RN recebe alta hospitalar e é acompanhado pela mesma equipe na 3ª etapa, sendo realizadas consultas semanais, onde é feito o exame físico do RN, corrigindo as situações de risco, segurança e manejo da mãe em relação ao aleitamento materno, além da relação psicoafetiva entre o binômio e sua família até atingir 2.500g. Ao final da 3ª etapa, o RN ganha alta definitiva do hospital e é encaminhado aos serviços de seguimento ambulatorial de crianças nascidas pré-termo e/ou de baixo peso ou para a Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017).

O CPP é um dos pilares do MC, que consiste no ato de manter o RNBP, na posição vertical, junto ao peito dos pais (BRASIL, 2017). Diversos estudos já mostram que realizar esse contato traz benefícios para o RN como estabilização da frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura, auxilia no ganho de peso e inicia um vínculo afetivo com os pais; e para as mães que relatam uma percepção positiva ao realizarem a posição canguru, destacando uma sensação boa e uma maior conexão com seus filhos e melhora na produção de leite (AZEVEDO, XAVIER, GONTIJO, 2012; SPEHAR; SEIDL, 2013; DOS SANTOS *et al.*, 2013; ACUÑA-MUGA, 2013; BRASIL, 2017). Outros estudos trazem a posição canguru como um método não farmacológico eficaz para o alívio da dor (FARIAS *et al.*, 2011; MAIA; AZEVEDO; GONTIJO, 2011), outros autores apontam os efeitos que a posição canguru traz no RN sob ventilação mecânica sendo apontado como uma estratégia favorecedora do desenvolvimento neurocomportamental, visto que favorece o estado de sono profundo e o

vínculo mãe-filho (AZEVEDO, DAVID, XAVIER, 2011; AZEVEDO, XAVIER, GONTIJO, 2012).

Em um estudo realizado nos Centros de Referência do MC no Brasil foi questionado aos enfermeiros participantes quais seriam os critérios para realizar a posição canguru em suas unidades, como resultado emergiu a estabilidade clínica como ponto principal para realizar o contato pele a pele e sem um valor mínimo para peso ou idade gestacional. Com relação ao tempo, ainda há divergências de qual seria o tempo mínimo para a posição canguru, sendo utilizado como critério o tempo que for confortável para o binômio, pois não existe na literatura evidências sobre o tempo mínimo necessário para obter os efeitos positivos da posição canguru (DELGADO, 2017).

Por mais que estudos mostrem que a posição canguru traz diversos benefícios para o RN e sua família, ainda não se sabe quanto tempo de contato pele a pele é necessário para atingir esses benefícios. Uma revisão sistemática da *Cochrane* sobre o CPP dividiu seus estudos em dois subgrupos: os de uso contínuo (aqueles que realizavam o contato pele a pele por um tempo igual ou superior a 20 horas por dia), e os de uso intermitente (aqueles que o tempo de contato pele a pele era menor que 2 horas e entre 6 a 15 horas por dia), e observou-se que o grupo de uso contínuo teve redução da mortalidade à alta hospitalar ou até completar 40-41 semanas de Idade Gestacional Corrigida (IGC), porém, vários outros desfechos favoráveis foram observados em ambos os subgrupos (CONDE-AGUDELO; DIAS-ROSSELLO, 2016). Por isso questiona-se a necessidade de estudos que avaliem e esclareçam a relação do tempo de CPP com os desfechos neonatais, e para estabelecer essa relação é necessário conhecer a população para entender como se dá a prática.

A aproximação com a temática se deu através da atuação da pesquisadora, em um projeto de extensão, como bolsista do MC na unidade neonatal do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) durante a graduação, e também como bolsista de iniciação científica em um projeto que englobava as tecnologias e estratégias de cuidados dos RN nos centros de referência do MC no Brasil. Sendo proporcionado por esses projetos um maior conhecimento sobre a unidade neonatal e resultando no trabalho de conclusão de curso que abordou as estratégias utilizadas na posição canguru nos centros de referência do Método no Brasil.

Durante o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, participei de um projeto multicêntrico intitulado “Efeito do tempo de exposição ao

contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”. A partir desta experiência, surgiu a ideia para minha pesquisa que utilizou os dados coletados no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC, para descrever as características do RN que realizam o CPP e também descrever como se dá a realização desta prática nesta unidade. Cabe mencionar aqui que apesar da unidade neonatal, ser centro de referência do Ministério da Saúde para o MC desde 2002, ainda não existem estudos descrevendo esta prática, nem tampouco são conhecidas as características dos RN e suas famílias que vivenciam o CPP ao longo da internação no HU/UFSC. Estudos desta natureza também não foram encontrados na literatura.

Assim, definiu-se como **questões de pesquisa**: “Quais são as características maternas e dos RN submetidos ao CPP e como se dá a sua permanência no CPP, desde a internação até a alta da 2ª etapa?”.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever as características maternas e dos RN e sua permanência em CPP, desde a internação até a alta da 2ª etapa do Método Canguru.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as mães segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas;
- Caracterizar os recém-nascidos do estudo em relação às características perinatais e da evolução durante a internação hospitalar;
- Mensurar a frequência e o tempo de permanência do RN em contato pele a pele na 1ª e 2ª etapa do MC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi elaborada a partir de artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde e livros que relacionados a temática. Abordará tópicos, elucidando sobre a prematuridade sua definição e contextualização, a história do MC e a criação da política pública, outras políticas relacionadas aos cuidados com o RN e avaliando a posição canguru com os desfechos neonatais relacionados ao ganho de peso, Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e o tempo de internação.

2.1 RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO

O RNPT é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional (WHO,2018). Esse RN pode ser classificado de acordo com a idade gestacional, o peso de nascimento e ainda com a adequação da idade gestacional com o peso de nascimento.

As classes relacionadas à idade gestacional são RNPT moderado a tardio – 32 a 37 semanas incompletas de gestação, muito prematuro – 28 a 32 semanas de idade gestacional incompletas e extremamente prematuro – idade gestacional inferior a 28 semanas (OMS, 2018).

Na classificação de acordo com o peso de nascimento é considerado baixo peso todo aquele RN que nasce com menos de 2.500g, muito baixo peso ao nascer menos que 1.500g e extremo baixo peso ao nascer que são os RN que nascem com menos de 1.000g (DATASUS, 2008).

A adequação do RN se dá por meio da avaliação do peso e a idade gestacional de nascimento, no qual se usa a classificação do *Intergrowth 21*, este é uma escala de base populacional que surgiu de um projeto multicêntrico incluindo oito países, o qual tem como objetivo avaliar o crescimento fetal e pós-natal de RNPT de acordo com o peso ao nascer, comprimento e perímetro cefálico, sendo estes relacionados à morbimortalidade perinatal e também aos riscos destes RN. O *Intergrowth-21* também acompanha o crescimento de RNPT de acordo com o peso, estatura e idade gestacional (VILLAR *et al.*, 2013)

A prematuridade não tem uma causa única, ela é ocasionada por diversos fatores biomédicos, sociais, pessoais, sociodemográficos e genéticos. Os partos prematuros podem ocorrer de forma espontânea com o início de um trabalho de parto prematuro ou com a ruptura prematura das membranas, ou de forma eletiva que ocorre devido a intercorrências com a

gestante e/ou feto, por conveniência médica ou materna e até mesmo por erro de data. (BLENCOWE *et al.*, 2012).

Um relatório lançado em 2018 pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela OMS (Organização Mundial da Saúde) traz que anualmente nascem cerca de 30 milhões de RNPT ou com baixo peso em todo o mundo e em 2017 2,5 milhões de recém-nascidos morreram antes de completarem 28 dias de vida. De acordo com dados do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) em 2019, no Brasil, nasceram cerca de 7.545 RN com menos de 2.500g.

Quadro 1 – Relação de nascidos vivos de acordo com o peso em 2019.

	Menos de 500g	500 a 999g	1000 a 1499g	1500 a 2499g	Total
Total	109	411	632	6.393	7.545

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Com relação ao número de partos prematuros, o Brasil se encontra em nono lugar com 279 mil partos prematuros por ano (OMS, 2014), sendo uma média de 11,7% do total de partos (LANSKY *et al.*, 2014).

Quando um RN nasce antes do tempo os seus sistemas (neurológico, digestivo respiratório, circulatório, entre outros) são imaturos e obrigados a lidar com experiências sensoriais encontradas no ambiente extrauterino (visuais, auditivas, propioceptivas, cinestésicas, gustativas, olfativas, táteis) mesmo não estando totalmente capacitados para elas. (LEONE, RAMOS, VAZ, 2004).

A sobrevivência desses RN está associada com avanço da tecnologia, terapêutica e cuidados na UTIN. Melhoria na terapia e dispositivos ventilatórios, uso de surfactante pulmonar (medicação que estabiliza os alvéolos e os bronquíolos durante a fase expiratória, evitando o colapso das vias aéreas distais e a perda do volume pulmonar), novos antibióticos que vem surgindo para o tratamento de infecções, nutrição parenteral e novos conhecimentos acerca da fisiopatologia desses RNPT (MONTENEGRO, REZENDE, 2013; RAMOS, CUMAN, 2009).

A preservação do sistema neurológico é um tópico bastante abordado na área neonatal, visto que as sequelas desses RN ocorrem devido a alterações neurológicas podendo surgir a longo prazo, e por isso vem crescendo o número de protocolos relacionados aos manuseios mínimos desses RN, já que estes RN recebe um número excessivo de cuidados considerados

urgentes e necessários para sua sobrevivência como intubação, ventilação, perfuração para coleta de exames ou administração de medicamentos, sendo manuseado até 134 vezes por dia (RUGOLO, 2000) impactando fortemente no neurodesenvolvimento e função neurológica desses RN. Esse excesso de manuseio interfere no bem-estar do RN, alterando aspectos fisiológicos e comportamentais, portanto, as unidades neonatais vêm implantando protocolos de manuseios mínimos, que consiste agrupar os cuidados em RN menores de 32 semanas de idade gestacional e/ou menores que 1.500g a fim de proporcionar maiores períodos de sono profundo, menos estresse e um melhor posicionamento e organização para esse RN (RUGOLO, 2000; FIOCRUZ, 2018).

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO DO RN

As políticas públicas nacionais voltadas para a saúde materna e infantil tiveram início na década de 1970 com a criação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) o qual visava o acompanhamento do pré-natal, controle dos partos domiciliares e puerpério e ações de promoção da saúde das crianças (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

No início dos anos 80, a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) apresenta normas para a implantação de Alojamento Conjunto em hospitais, estas quais proporcionavam um maior contato entre mãe e RN e também incentivava o AME, porém, essa portaria abrangia poucos hospitais. Em 1983 surgiu o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) que articulava ações voltadas à saúde integral da mulher (BRASIL, 1983). Neste período se percebeu a necessidade de efetivar práticas humanizadas e direcionadas para o parto e puerpério, mas o foco totalmente para a mulher/mãe, ficando o RN em segundo plano. Foi também nesta década que foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) estabelecendo cinco ações básicas para o atendimento às crianças: aleitamento materno, orientação familiar sobre alimentação em situação de desmame, estratégias de controle das infecções respiratórias, imunização e acompanhamento profissional do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2017).

Em 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, onde crianças e adolescentes passaram a adquirir amplos direitos de proteção, integridade física e psicológica, lazer e bem-estar ganhando assim visibilidade no âmbito político. Em 1991 houve a elaboração

e divulgação do PROASP (Programa de Atenção à Saúde Perinatal) sendo este programa responsável pelos cuidados ao binômio mãe-feto, melhorando a organização e qualidade da assistência a essa população e, a partir daí, o RN começa a ganhar visibilidade (BRASIL, 1990).

Em 1993, a implantação do Alojamento Conjunto passa a ser obrigatória em todo o território nacional. Em 1994 foi lançada a Iniciativa de Hospitais Amigo da Criança, evoluindo para o que se conhece hoje como os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (BRASIL, 1993).

Outro fator que favoreceu essa mudança foi a melhora nos sistemas de informações (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) e um crescimento de novas tecnologias e práticas de cuidados no âmbito da terapia intensiva neonatal garantindo assim a sobrevivência de RNPT ou gravemente enfermos (GOMES, 2015; BRASIL, 2017).

A mortalidade entre RN estava ganhando visibilidade e várias regiões do país passaram a inserir o cuidado neonatal na agenda de política de saúde modificando a gestão e a organização da rede assistencial. O que muito se ocorria era a falta de leitos disponíveis para atender todos os RN, já que os leitos de UTIN se concentravam mais nos hospitais universitários ou de ensino e pesquisa. No final da década de 1990 houve um significativo aumento no número de leitos neonatais intensivos e intermediários no setor público (GOMES, 2015; BRASIL, 2017).

Devido ao constante movimento de humanização do cuidado, foi preciso estender este cuidado as UTI neonatais, e em 2000 surgiu a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC, que será abordada no tópico seguinte.

De 2000 a 2010 houve um aumento da mortalidade materna e uma estagnação na mortalidade neonatal, sendo as afecções perinatais a principal causa dos óbitos no 1º ano de vida. E como desafio tinha a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal. É nesse mesmo período que se insere a humanização como política do Sistema Único de Saúde (SUS) e também a expansão e fortalecimento do MC no Brasil (GOMES, 2015; BRASIL, 2017).

Com relação às políticas de humanização, no final de 1990 e início de 2000 surgiu uma iniciativa federal no campo perinatal, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que objetivou: “melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido, incluindo de forma explícita a necessidade de vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto”. Trazendo a humanização como fator principal da qualidade de atenção (BRASIL, 2000).

Em 2001, sentiu-se uma necessidade de requalificação das relações encontradas nos hospitais, sejam elas profissionais x usuários, profissional x profissional ou hospital x comunidade, e assim surgiu o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (GOMES, 2015; BRASIL, 2017).

Em 2003 a Política Nacional de Humanização foi criada pelo MS a fim de “enfrentar e superar os desafios quanto à qualidade e à dignidade no cuidado à saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho” (GOMES, 2015; BRASIL, 2017).

No ano seguinte foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal trazendo um aumento do conjunto de ações estratégicas visando a melhoria do cuidado perinatal, buscava-se a regionalização da assistência ao parto, adequação da oferta de serviços, expansão da Rede de Banco de Leite Humano e implantação da Vigilância Nacional de Óbito Infantil e Fetal. Neste mesmo ano, um documento publicado pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Mato Grosso do Sul trouxe a síntese das principais diretrizes nacionais no desenvolvimento de políticas de atenção à criança, priorizando o cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal na organização dos serviços de saúde e da Rede de Atenção a Criança (BRASIL, 2004).

Em 2008, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal se articula com a Política Nacional de Humanização e tem como objetivo “apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades nesses estados e a formação de redes perinatais regionalizadas” e tinha como elementos centrais “vinculação da gestante com a maternidade de referência, implantação do acolhimento e classificação de risco, o direito ao acompanhante e a implantação da cogestão em maternidades.”. É também em 2008 onde consolida-se a perspectiva de rede, mas somente em 2011 é fortalecida com a definição de cinco redes de atenção prioritárias para a política de saúde federal (BRASIL, 2004).

A partir dessa trajetória, podemos perceber que as iniciativas para a Atenção Obstétrica e Neonatal e toda a questão de humanização do cuidado são muito recentes, tem em comum essa necessidade de rever práticas e rotinas assistências para uma melhoria do cuidado com essa clientela.

Uma das redes entre as cinco criadas foi a Rede Cegonha, lançada em 2011, instituída a partir da portaria nº1.459/GM/MSS de 24 de junho, reafirmando o compromisso com o MS

na busca de boas práticas na gestão e na Atenção Obstétrica e Neonatal ressaltando urgência nos processos de cuidar das maternidades brasileiras, proporcionando às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2017).

O MS assegura através da Rede Cegonha os seguintes objetivos: “toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivos e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” com o intuito de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País. Tem também como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivo das mulheres, qualificando os serviços do SUS no planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2019).

Associado à Rede Cegonha temos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015, que tem por objetivo

“Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (BRASIL, 2015, art. 2º).

A PNAISC tem como eixo estratégico a Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN, o qual aborda a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção básica (BRASIL, 2018).

Dentro desse eixo têm-se as Triagens Neonatais Universais que consiste em diversos testes a serem realizado nas crianças com o objetivo de identificar distúrbios e/ou doenças em RN e lactentes em tempo hábil a fim de garantir uma intervenção adequada e seu tratamento e acompanhamento. São estes a Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho), Triagem Neonatal Auditiva (Teste da Orelhinha), Triagem Neonatal Ocular (Teste do Olhinho), Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas (Teste do Coraçõzinho) e mais recentemente instalado o Teste de Avaliação do Frênulo da Língua em RN (Teste da Linguinha) (BRASIL, 2018).

Outro eixo estratégico é o Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, que engloba a promoção e proteção ao aleitamento materno desde a gestação, informando sempre os benefícios da amamentação para a criança, mãe, família e a sociedade e também o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2015b, art. 6º, item II).

Dentro deste eixo temos o estímulo ao aleitamento materno em situações especiais, como no caso de RNPT e de baixo peso, trazendo o papel do MC e dos bancos de leite humano. O MC tem sido relacionado positivamente ao estabelecimento da amamentação e sua continuidade pós-alta e também para a redução da mortalidade destes RN (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY FILHO *et al.*, 2008; ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Cabe destacar que o Brasil obteve uma redução histórica na mortalidade infantil no período de 1990 a 2012, onde em 1990 a taxa de mortalidade era de 58 mortes (antes de completar cinco anos de vida) para cada 1000 nascidos vivos e em 2012 este índice caiu para 16 mortes a cada 1000. Com esta queda no índice de mortalidade, o Brasil cumpriu o objetivo número quatro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que visava a redução em dois terços da mortalidade neonatal (ALMEIDA, 2015).

2.3 ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU

O Método Mãe-Canguru surgiu na Colômbia em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá. A proposta dos médicos Edgar Reys Sanabria e Hector Martinez era de melhorar os cuidados aos RNPT tendo em vista que as condições não eram favoráveis e não tinham incubadoras para todos os RN e muitas vezes eram colocados até dois RN na mesma incubadora, possuindo assim uma alta taxa de mortalidade por infecções cruzadas (CARDOSO *et al.*, 2006). Foi então que esses médicos, através do contato pele a pele, baratearam os custos no cuidado a esta clientela, mas também promoveram o vínculo precoce entre mãe e RN, percebendo que essa técnica mantinha a estabilidade térmica do RNPT e mais adiante proporcionava um melhor desenvolvimento do mesmo (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, N. *et al.*, 2015).

No Brasil, a primeira instituição a adotar o MC foi o Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP nas enfermarias do Alojamento Conjunto (BRASIL, 2017). E em 1997 o Instituto Materno Infantil de Pernambuco – atual Instituto de Medicina Integral Professor Fernando

Figueira (IMIP), participou do concurso de projetos “Gestão Pública e Cidadania” sendo finalista com o projeto “Enfermaria Canguru”. Em janeiro de 1999, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe-Canguru onde participaram representantes de outras cinco instituições que já praticavam o Método. No mesmo ano, em março, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) patrocinou um evento aberto ao público no Rio de Janeiro que reuniu os representantes dos hospitais que já realizam o MC e também diversos outros hospitais, inclusive alguns de ensino, para apresentar esse novo modelo de assistência ao RNPT (OLIVEIRA, N. *et al.*, 2015).

A partir desse evento, outros hospitais brasileiros passaram a adotar o MC de diversas maneiras, e foi então que o Ministério da Saúde sentiu a necessidade de uma normatização para seu uso, e por isso, em junho de 1999, o Ministério da Saúde estabeleceu um grupo de trabalho envolvendo representante da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, da Organização Pan-americana de Saúde, do Fundo das Nações Unidas para Infância, da Universidade de Brasília, da Universidade do Rio de Janeiro, da Secretária do Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal e do Estado de São Paulo, do IMIP e do BNDES com o intuito de definir os objetivos organizar e padronizar as diretrizes do MC (OLIVEIRA, N. *et al.*, 2015).

Esse grupo de trabalho gerou um documento que seria a futura Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru que associava todos os conceitos mais modernos da atenção ao RN e sua família, incluindo os cuidados biopsicossociais, as técnicas mais avançadas, as particularidades dessa clientela e os “cuidados de quem cuida”. E somente no dia 5 de julho de 2000 foi lançada pelo Diário Oficial de União a Portaria nº 693, em que se estabelece o MC como uma Política Nacional de Saúde e que posteriormente foi atualizada pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (OLIVEIRA, N. *et al.*, 2015).

No Brasil, o MC adota uma concepção diferente de outros países possuindo como objetivo melhorar/humanizar/qualificar o atendimento neonatal e estimular o vínculo familiar (AIRES, 2015), sendo considerada uma mudança de paradigma no atendimento do RNBP e sua família, aliando as tecnologias ao cuidado humanizado (BRASIL, 2017).

A atuação do MC inicia ao identificar a gestação de alto risco, nessa situação é ofertado um suporte psicológico e orientações às gestantes e sua família. Com o nascimento do RN, sendo este internado na UTIN ou UCINCo, temos a primeira etapa do Método, onde é

estimulada a entrada livre dos pais na unidade, a fim de estabelecer um vínculo inicial com o seu filho e até um contato pele a pele inicial que ocorrerá de maneira gradual, crescente, de forma segura e saudável. Deve-se realizar também o estímulo à participação dos pais nos cuidados, à lactação e amamentação e propor a posição canguru sempre que possível e desejada (BRASIL, 2018).

A segunda etapa requer um grau de estabilidade clínica do RN, ganho de peso regular, segurança da mãe nos cuidados de seu filho e interesse e disponibilidade da mesma em permanecer com o RN na UCINCa. Essa unidade é parte do setor de neonatologia em que o objetivo é realizar a posição canguru pelo maior tempo possível, levando em consideração a segurança e o conforto para o binômio (BRASIL, 2017).

A terceira etapa acontece quando o RN ganha alta hospitalar, mas deve seguir um acompanhamento criterioso realizado por uma equipe multiprofissional capacitada, tanto no hospital quanto na atenção básica até que o RN atinja 2.500g. Após atingir esse peso, receberão alta da terceira etapa e serão encaminhados para acompanhamento especializado, se necessário, e também para a Unidade Básica de Saúde de referência da família (BRASIL, 2017).

Com a norma pronta e estruturada, surgiu à necessidade de uma estratégia para disseminá-la e implantá-la em outras unidades neonatais pelo Brasil, por isso foi criado os Centros de Referência, iniciando com cinco espalhados pelo país, que por meio de cursos teóricos práticos capacitariam os profissionais para a nova metodologia de atendimento ao RNBP e sua família (LAMY *et al.*, 2005).

Por mais que o MC estivesse sendo disseminado, a taxa de mortalidade neonatal e infantil ainda era elevada em algumas regiões, sendo configurada com um importante problema de saúde pública. Apesar da sensibilização e capacitação nos Centros de Referência nacionais sentiu-se a necessidade de avaliar o impacto dos cursos de capacitação, dos resultados neonatais e da vivência materna com o MC, essas pesquisas foram realizadas e mostraram que os cursos sensibilizavam os profissionais, mas não garantiam a implantação do Método, principalmente da UCINCa. Diante dessa problemática, em 2008 foi instituído o Projeto de Fortalecimento do Método Canguru no Brasil, que tem como objetivo principal o desenvolvimento de ações contínuas e complementares que facilitam e apoiam as equipes de saúde para a implantação do MC em suas unidades (LAMY *et al.*, 2005).

A partir deste projeto foram credenciadas maternidades como Centros de Referência estaduais, sendo uma para cada Unidade federativa, como forma de descentralizar a

disseminação do Método. Outra estratégia foi a Formação de Tutores Estaduais para o MC, ficando estes responsáveis pela disseminação do MC em seus estados (LAMY *et al.*, 2005).

Atualmente existe seis Centros de Referência Nacional para o MC (Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Hospital Geral de Itapeverica da Serra, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira e o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti) e 27 maternidades estaduais de referência sendo uma para cada Unidade Federativa (BRASIL, 2018).

2.4 CONTATO PELE A PELE E OS BENEFÍCIOS PARA O RN

O CPP inicia-se nas primeiras aproximações dos pais com o RN, mas vem sendo caracterizado, especialmente na literatura internacional, pela posição canguru. A posição canguru consiste em dispor verticalmente o RN em contato com o tórax da mãe ou do pai, somente de fraldas pelo tempo que for prazeroso para ambos. A nomenclatura advém da similaridade da posição com a forma que os marsupiais (cangurus) carregam seus filhotes (BRASIL, 2017).

Essa técnica é considerada um dos pilares do MC, e a literatura já traz que a posição canguru (CPP) oferece vários benefícios para os pais, como o empoderamento ao conseguir realizar os cuidados em seus filhos (NYQVIST, 2010), e para os RN por meio da manutenção da temperatura corporal, a estabilização dos sinais vitais e também benefícios no aleitamento materno (CHARPAK *et al.*, 2005).

No Brasil, o MC vai além da posição canguru/contato pele a pele, diferenciando de muitos estudos internacionais, sendo o MC uma política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso e sua família onde se estabelece um modelo de atenção qualificada e humanizada a esta clientela, inserindo estratégias de intervenção biopsicossociais e ambiência, tanto para o RN quanto para sua família, promovendo a constante participação dos pais nos cuidados neonatais e fazendo com que o CPP seja de forma precoce e crescente iniciado com o toque e evoluindo para a posição canguru (BRASIL, 2017).

Em 2016 foi publicada na Cochrane uma revisão que buscou avaliar se o CPP reduz a mortalidade e a morbidade em RNBP e concluiu que o CPP está associado a uma significativa diminuição no risco de mortalidade desta população (razão de risco: 0.67, 95%; intervalo de

confiança: 0.48 – 0.95). Relacionado ao crescimento do RN, os que receberam cuidados do CPP obtiveram um maior ganho de peso por dia (diferença média 4,1 g/d; intervalo de confiança: 2,3 - 5,9, 95%) (CONDE-AGUDELO; DIAS-ROSSELLO, 2016).

Na última recomendação do Ministério da Saúde, manual técnico do CPP (BRASIL, 2017), traz que a posição canguru deve ser realizada por um tempo mínimo necessário para a estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos considerarem prazeroso e suficiente. Mas, qual seria esse tempo mínimo? Ainda não existem estudos que indicam esta recomendação, mas a orientação tem sido de no mínimo uma hora até o tempo em que os pais se sentirem confortáveis, período entre as rotinas de procedimentos, permitindo que o RN atinja as duas fases de sono realizando seu descanso, relaxamento e bem-estar, a fim de evitar grandes gastos de energia do RN em sua colocação e retirada da posição canguru.

Cabe destacar também que já existem vários estudos qualitativos identificando os benefícios do CPP para o RN e sua família. Como por exemplo, um estudo que objetivou conhecer como o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho, através da posição canguru, colabora com a vivência da puérpera no período de internação do seu RN. Ao ter a rotina alterada e o ideal do RN idealizado rompido, a vivências das puérperas durante a hospitalização de seu RN pré-termo remete a muitos sentimentos negativos, e ao vivenciarem a posição canguru as puérperas demonstraram felicidade, se sentem participativas nos cuidados de seus filhos promovendo para eles condições de bem-estar e favorecendo o seu processo de crescimento e desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2012).

Um estudo realizado com 10 mães teve como objetivo descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de auto eficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do MC, de puérperas de RNPB. De maneira geral, os dados sobre o CPP foram positivos, evidenciando que o contato pele a pele contribui com uma melhora na crise que é o nascimento prematuro. Com relação ao aleitamento materno, neste estudo prevaleceu o aleitamento materno exclusivo (AME) ao longo das três etapas. E com base nos relatos maternos foi possível concluir que as etapas hospitalares do MC, principalmente a segunda, contribuíram de forma relevante para que as mães se sentissem seguras nos cuidados com seus filhos (SPEHAR; SEIDL, 2013).

Como muitos estudos já trazem o CPP possui diversos benefícios para o RN, um destes benefícios é o AME. Quando o assunto é amamentação, observa-se o CPP está associado a um aumento na probabilidade de amamentação exclusiva na alta. Um teste de controle randomizado

com 66 mães e seus RN objetivou determinar os efeitos do contato pele a pele sobre a amamentação em díades de RNPT desde o pós-parto até os 18 meses. Esses binômios foram divididos em dois grupos: um que recebeu o atendimento padrão e o outro grupo recebeu e foram incentivados os cuidados pelo CPP. Neste estudo foram avaliadas as seguintes variáveis: amamentação na alta hospitalar em um e meio, três, seis, 12 e 18 meses. Como resultado obteve-se que as díades que receberam o CPP tiveram uma média de contato pele a pele de 4,47 horas/dia amamentaram significativamente por mais tempo e também mantiveram o AME na alta até os seis meses de vida (HAKE-BROOKS; ANDERSON, 2008).

Outro estudo realizado por Almeida e colaboradores (2010) teve como objetivo avaliar o impacto do CPP sobre o AME nos seis primeiros meses de vida em RNBP. É um estudo observacional prospectivo do tipo antes e depois com RNBP acompanhados até seis meses de idade, antes e após a implantação do CPP em um hospital público no interior de São Paulo. Ao total, 36 RN foram acompanhados até os seis meses de vida, 16 do grupo controle (antes da implantação do CPP) e 20 no grupo pós-implantação do Método. Como resultado trouxe que o índice de AME foi maior nos RN e mães que participaram do CPP quando comparados àqueles que receberam atenção neonatal convencional.

Ainda em relação ao efeito do CPP sobre o aleitamento materno, um estudo transversal onde foram avaliados 251 RNPT internados entre maio de 2008 até maio de 2009 em um hospital do Irã teve como objetivo avaliar os efeitos do CPP na amamentação exclusiva no momento da alta. Esses RNPT foram divididos em dois grupos onde 157 realizaram o CPP e 95 receberam cuidados convencionais. Constatou-se que ao receber os cuidados do CPP houve um aumento de 4,1 vezes na amamentação exclusiva desses RN, mostrando que o CPP é mais eficaz e aumenta com sucesso a amamentação exclusiva, além de ser um Método seguro, efetivo e viável (HEIDARZADEH *et al.*, 2013). Um estudo observacional analisou por meio de filmagens a interação mãe-filho (29 mães e 32 RN) a fim de correlacionar o tempo de CPP e a amamentação, resultou em que quanto maior o tempo de posição canguru, maiores as tentativas de contato físico com as mães durante a amamentação, concluindo que o CPP favorece o vínculo entre mãe e filho, trazendo um maior estado de alerta para esse RN e posteriormente uma melhor disponibilidade de interações do RN com a mãe durante a amamentação (NUNES *et al.*, 2017).

Uma revisão integrativa da literatura publicada em 2019 traz a influência do CPP, conforme instituído no Brasil, sobre o aleitamento materno sendo acompanhado desde a 1ª etapa

até os cuidados ambulatoriais. Esta revisão traz estudos que comprovam uma maior taxa de AME e aleitamento materno misto na alta hospitalar do RN que foram acompanhados no CPP; estudo em que as mães que realizavam o CPP eram mais propensas a oferecer o leite do que as que não praticavam e também que esta prática possibilitava um maior estado de alerta e melhor disponibilidade do RN durante a amamentação e que o início precoce da posição canguru em RN de baixo peso aumentam as taxas de AME, sendo assim, considerando o CPP como um facilitador para o AME (ALVES *et al.*, 2019).

Ao relacionar o CPP com o tempo de internação, houve estudos que trouxeram divergência em seus achados. Por mais que existam na literatura diversos estudos trazendo que o CPP acarreta em uma diminuição do tempo de internação, um estudo realizado em uma unidade neonatal de São Paulo mostrou que o CPP não interfere no tempo de internação, já que o CPP é realizado exclusivamente durante a internação e por duas horas diárias e também existiam critérios para a alta do RN, como o peso de 2000g, estar clinicamente estável capacidade de manter a temperatura corporal e sucção efetiva (RODRIGUES; CANO, 2006). Outro estudo realizado na Índia também não observou diferença no tempo de internação entre o grupo de RN que recebeu o CPP com os RN que receberam o cuidado convencional, já que também existiam critérios para a alta como ganho ponderal de pelo menos 10g/dia por três dias consecutivos, manutenção da temperatura sem auxílio da mãe e boa sucção (SUMAN; UDANI; NANAVATI, 2008). Um estudo realizado por Acharya, Singh, Bhatta e Poudel. (2014) trouxe um maior tempo de internação do grupo que estava recebendo o CPP do que no grupo controle 16.13 ± 5.8 dias e 13.14 ± 7.6 dias respectivamente ($p= 0.015$).

Porém, existem mais estudos que trazem uma diminuição no tempo de internação dos RN que receberam o CPP. Um ensaio clínico randomizado realizado no Quênia com 157 RN com peso entre 1000g a 1750g foram divididos em dois grupos, um grupo controle e outro grupo que recebia os cuidados do CPP parcial, onde era praticado o CPP por oito horas diárias. O tempo de internação foi de 16.3 dias no grupo que recebeu o CPP e 18.1 dias no grupo controle, trazendo essa alta precoce como um processo que auxiliou na lotação da unidade, sendo uma prática segura e de fácil aplicação e rentável tanto para os pais quanto para o hospital (MWENDWA; MUSOKE; WAMALWA, 2012).

Uma revisão realizada com 26 artigos iranianos relacionados ao CPP trouxe três estudos que trazem diferenças significativas no tempo de internação dos RN internados, sendo que os RN do grupo controle tinham um maior tempo de internação dos que recebiam o CPP e

dois artigos que não mostravam diferença significativa entre os grupos (SARPARAST *et al.*, 2015).

Bilotti *et al.* (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura que incluiu 13 artigos que comparavam o CPP com outros métodos de cuidados do RN. Como resultado trouxe que o CPP traz diversos benefícios, destacando o ganho de peso e a economia relacionada ao custo de hospitalização, visto que um ganho de peso mais rápido diminui o tempo de internação.

Um estudo transversal quantitativo realizado em um hospital brasileiro com 86 neonatos divididos em dois grupos (Grupo 1 = submetidos ao CPP por pelo menos oito horas diárias e Grupo 2 = não foram submetidos ao CPP) foi percebido nos resultados que os RN do grupo 1 apresentaram um maior ganho de peso comparada as do grupo 2, e o grupo 2 também permaneceram por mais tempo internadas (SOUZA *et al.*, 2018).

Mesmo sabendo de todos os benefícios que o CPP traz, ainda se tem a necessidade de maiores investigações na relação do tempo de exposição ao contato pele a pele com os desfechos neonatais, visto que na literatura científica a posição canguru possui efeitos benéficos para o RN e sua família (HECK *et al.*, 2016; TESTONI; AIRES, 2018).

2.5 CONTATO PELE A PELE E GANHO DE PESO DO RN

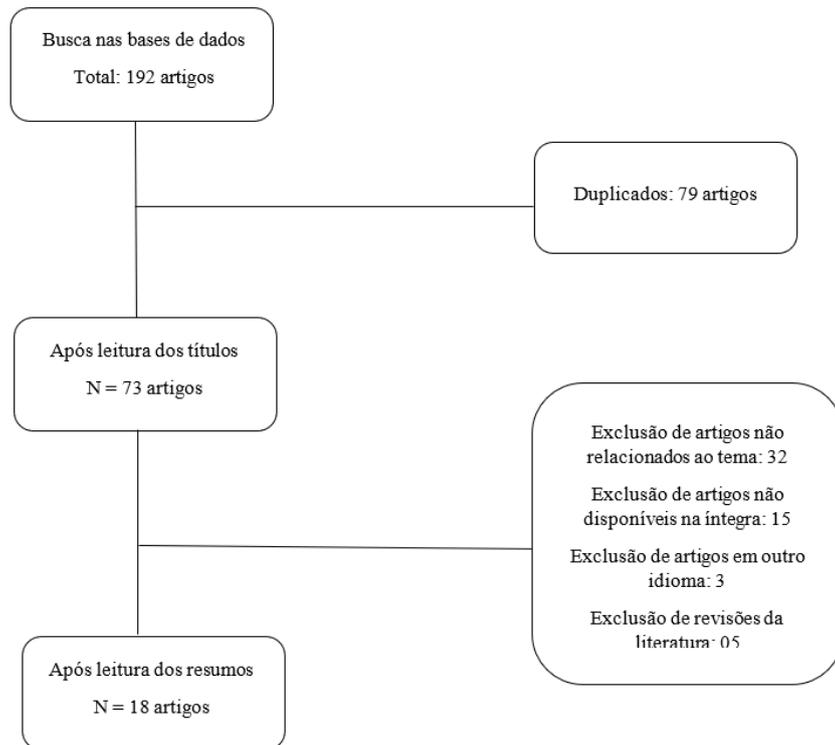
Neste momento, optamos por estudar as evidências relacionadas ao contato pele a pele relacionado ao ganho de peso, uma vez que a literatura mostra que o CPP ajuda no ganho de peso dos RNPT. Assim, apresentaremos os resultados preliminares de uma revisão integrativa realizada para conhecer o estado da arte relacionado a esta temática específica.

Esta pesquisa teve como questão norteadora: Existe relação entre o Contato Pele a Pele e o ganho de peso do recém-nascido pré-termo internado em uma unidade neonatal? A busca foi realizada em junho de 2019, nas bases de dados MEDLINE, Scielo, Scopus, Cinahl, Web of Science, Lilacs e Bdenf, utilizando os seguintes descritores para elaborar as estratégias de busca: Método Canguru, Ganho de Peso e Recém-Nascido, sendo que estes descritores constavam nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram incluídos estudos nacionais e internacionais, optou-se por utilizar o descritor recém-nascido ao invés de RNPT a fim de abranger a busca e como critério de inclusão foram apenas estudos realizados com RNPT e estar disponível na íntegra, sem corte no período de tempo sendo incluídos todos os estudos

publicados até junho de 2019. Como critério de exclusão foram os artigos repetidos e que não respondem à pergunta da pesquisa.

Foram encontrados 192 artigos, após a leitura dos títulos restaram 73 estudos, após a leitura dos resumos foram selecionados 24 estudos para leitura na íntegra. Na figura 2 demonstramos como se deu a seleção dos artigos utilizados nesta revisão.

Figura 1: Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos analisados.



Após a leitura na íntegra dos artigos foram selecionados aqueles que têm como objetivo principal o ganho de peso desses RN, sendo selecionados para o estudo 18 artigos publicados entre 2005 e 2019. Posteriormente foi elaborado um quadro (Quadro 1) onde se encontra as informações principais de cada artigo (título, o ano de publicação, objetivos, amostra, abordagem metodológica e os principais resultados).

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados para a revisão

Nº	Autor/Título/Ano	Objetivo	Amostra	Abordagem metodológica	Principais resultados
01	DODD. <i>Implications of Kangaroo Care for Growth and Development in Preterm Infants</i> , 2005	O cuidado canguru e as implicações para o crescimento e desenvolvimento dos RNPT.	Ensaio clínico randomizado, pré-testes e pós-testes e outros estudos comparativos.	Revisão de literatura.	O CPP dá uma segurança fisiológica para os RNPT, aumenta o vínculo com os pais, porém o ganho de peso ainda continua em questão com achados que não diferem significativamente do cuidado convencional.
02	RODRIGUES; CANO. Estudo do ganho de peso e duração da internação do RNPT de baixo peso com a utilização do MC, 2006	Avaliar se o MC interfere no ganho de peso e na duração do tempo de internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso (RNPTBP).	60 RNPTBP com peso de nascimento menor que 2000g que receberam assistência pelo MC, por um período de 2 horas por dia e, 60 RNPTBP que receberam assistência pelo Método Tradicional (MT)	Estudo analítico retrospectivo, através da avaliação de prontuários médicos	Não encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação ao ganho de peso dos RNPTBP assistidos pelo MC em relação aos RNPTBP assistidos pelo MT, 15,8 e 14,9g/dia, respectivamente. Em relação ao tempo de internação, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas, 27,3 e 26,2 dias para os RNPTBP no MC e MT, respectivamente, porém na estratificação da amostra, os RNPTBP com idade gestacional <30 semanas ou peso de nascimento <1500g receberam alta 3 dias mais cedo no MC.
03	TORRES <i>et al.</i> <i>Kangaroo mother program: Results of follow-up at 40 weeks</i>	Avaliar crianças acompanhadas desde a unidade neonatal até as 40 semanas de IG no MC.	66 crianças com peso menor que 2.001g	Estudo de coorte	Ganho de peso total médio foi de 18g/dia; na alta 96% recebiam leite materno; A anemia e a doença do refluxo gastroesofágico foram as

	<i>of postconceptional age, 2006</i>				principais causas das consultas de emergência. Foi necessário reinternação 3 crianças (4,5%), nenhuma morreu. Até as 40 semanas de IG, o programa mostrou-se uma alternativa segura para o manuseio de crianças com baixo peso ao nascer, pois garante uma alta precoce, contato pele a pele, crescimento adequado e uma alimentação inicial baseada no leite materno.
04	BOO; JAMLI. <i>Short duration of skin-to-skin contact: Effects on growth and breastfeeding, 2007</i>	Comparar o ganho de peso e o perímetro cefálico em RN de muito baixo peso (>1.501g), com ou sem exposição a curta duração do CPP durante a sua permanência na UTIN.	126 RN incluídos, 62 no grupo controle e 64 no grupo que foi exposto ao CPP por pelo menos 1h/dia	Estudo prospectivo randomizado controlado	Os RN inclusos no grupo do CPP tiveram melhor média de aumento semanal de perímetro cefálico (1,0 cm (DP = 0,3) vs. 0,7 cm (DP = 0,3); P <0,0001) e maior taxa de amamentação na alta 29,7% vs. 14,5%; P = 0,04). Não houve diferença significativa no ganho de peso médio diário entre os dois grupos (P = 0,6). No entanto, os RN do grupo CPP tiveram aumento semanal significativamente maior no perímetro cefálico (P <0,0001). Além disso, uma proporção significativamente maior de crianças no grupo CPP estava em amamentação (P = 0,04).
05	RAO; UDANI; NANAVALI. <i>Kangaroo Mother</i>	Comparar o efeito dos cuidados mãe-canguru (CPP) e métodos	206 RN com peso menor que 2.000g. 103 no grupo	Ensaio clínico randomizado	Os RN CPP tiveram melhor ganho de peso médio por dia (CPP: 23,99 g vs GC: 15,58 g, P <0,0001). O

	<i>Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial</i> , 2008	convencionais de cuidado no crescimento de RN com BPN (<2000g).	controle e 103 recebendo o CPP.		crescimento do perímetro cefálico (CPP: 0,75 cm vs GC: 0,49 cm, P = 0,02) e comprimento (CPP: 0,99 cm vs GC: 0,7 cm, P = 0,008) foram maiores no grupo CPP. Um número significativamente maior de RN no GC sofria de hipotermia, hipoglicemia e sepse. Não houve efeito no tempo para alta. Mais RN do CPP foram amamentados exclusivamente ao final do estudo (98% vs 76%).
06	SUBEDI; ARYAL; GURUBACHARYA. <i>Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Babies: A prospective Observational Study</i> , 2009	Verificar o efeito do CPP especialmente no ganho de peso em RN com baixo peso ao nascer pesando 2000 gramas ou menos na Unidade de Cuidados Especiais do Hospital Maternidade e Paropakar de Mulheres, Kathmandu.	60 RN com peso menos de 2000g.	Estudo prospectivo observacional.	Observou-se que os RN tiveram um ganho de peso médio de 30g/dia e tiveram tempo de internação hospitalar de 9 dias. Os RN tinham menos morbidades, como hipotermia, apneia, infecções de pele e candidíase oral. 100% dos RN tiveram AME e o CPP foi aceitável para as mães.
07	GATHWALA; SINGH; SINGH. <i>Effect of Kangaroo Mother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability</i> , 2010	Determinar se a implementação do CPP para RN com baixo peso ao nascer melhoraria o crescimento físico, amamentação e sua aceitabilidade.	110 RN divididos entre o grupo controle (GC) e o grupo que recebeu o CPP (submetidos a pelo menos 6h/dia de CPP)	Ensaio clínico randomizado	A idade gestacional média foi de 35,48 ± 1,20 semanas no grupo CPP e 35,04 ± 1,09 semanas no GC (P> 0,05). O CPP foi iniciado em uma idade média de 1,72 ± 0,45 dias e a duração do CPP foi de 9,74 ± 1,48 h / dia. O peso médio ao nascer foi de 1,69 ± 0,11 kg no grupo CPP comparado a 1,69 ± 0,12 kg no GC (P> 0,05). O ganho de peso

					<p>médio em g/dia no grupo de CPP foi de $21,92 \pm 1,44$ comparado a $18,61 \pm 1,28$ no GC ($P < 0,05$). O ganho médio de comprimento em cm/semana foi de $1,03 \pm 0,5$ no grupo CPP comparado a $0,74 \pm 0,05$ no GC ($P < 0,05$). O ganho médio de PC em cm/semana foi de $0,59 \pm 0,04$ no grupo CPP em comparação com $0,47 \pm 0,03$ no GC ($P < 0,05$). A taxa de amamentação exclusiva no final de três meses foi de 88% no grupo CPP em comparação com 72% no GC ($P < 0,05$).</p>
08	<p>MWENDWA; MUSOKE; WAMALWA. <i>Impact of partial kangaroo mother care on growth Rates and duration of hospital stay of low birth weight Infants at the Kenyatta national hospital, Nairobi, 2012</i></p>	<p>Determinar o efeito do CPP sobre as taxas de crescimento e duração da internação de crianças com baixo peso ao nascer (BPN).</p>	<p>157 RN pesando entre 1000 – 1750g, separados em grupo que recebeu 8h/canguru/dia e o grupo controle (GC) que teve cuidados convencionais.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado não cego</p>	<p>O grupo CPP teve taxas de crescimento significativamente maiores, como mostrado pelo maior ganho de peso médio de 22,5g/kg/dia em comparação com 16,7g/kg/dia para o GC, ($p < 0,001$); maior ganho médio de perímetro cefálico de 0,91cm/semana comparado com 0,54cm/semana para o GC ($p < 0,001$) e maior média ganho médio de circunferência braquial de 0,76cm/semana comparado a 0,48cm/semana para o GC ($p = 0,002$). Embora a duração total da permanência tenha sido semelhante entre os grupos do estudo, quando as crianças foram estratificadas nas que</p>

					ficaram acima ou abaixo de 1500g, a duração da permanência dos RN foi significativamente menor do que nos cuidados regulares. Usando a regressão logística, o CPP foi o mais forte preditor de peso médio, perímetro cefálico médio e ganho de circunferência média do braço, enquanto a idade da mãe (mais velha) foi o preditor mais forte para duração média de permanência com CPP sendo um preditor independente de duração da estadia.
09	GHAVANE <i>et al.</i> <i>Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants</i> , 2012	Estudar o efeito do cuidado mãe canguru na ala canguru em comparação com os cuidados convencionais na unidade neonatal sobre crescimento e amamentação em RN de muito baixo peso com 40 semanas de IGC	144 RN com o peso menor que 1.500g	Ensaio clínico randomizado	A média do peso ao nascer, idade em dias e peso na randomização foram semelhantes nos dois grupos. Na idade gestacional a termo, o ganho de peso médio (g/kg/dia) após a randomização ($23,3 \pm 8,7$ g vs. $22,64 \pm 9,1$ g, $p = 0,67$) e a taxa de amamentação (85,9% vs. 87,0%) foram comparáveis. Não houve diferença no ganho de peso (g/kg/dia) entre a dominação e a alta hospitalar entre o grupo de cuidados canguru e o grupo de tratamento convencional (18,01 g versus 15,64 g, $p = 0,12$). Mortalidade, morbidades como sepse, hipotermia, apneia, hipoglicemia e tempo de internação foram igualmente distribuídas.

					Conforme exigido pelos métodos de estudo, os RN pós-randomizados no grupo CPP passaram uma média de 11,5 dias na enfermaria do CPP no lugar da unidade de cuidados intermediários.
10	SAMRA; TAWHEEL; CADWELL. <i>Effect of intermittent Kangaroo Mother Care on Weight Gain of Low Birth Weight Neonates with Delayed Weight Gain</i> , 2013	Avaliar o Método Mãe-Canguru intermitente (CPP) com oportunidades adicionais para amamentação e o ganho de peso de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN) com ganho de peso tardio	40 RN com peso inferior a 2.500g. 22 RN receberam o CPP 2x/dia por pelo menos 1h.	Design não-randomizado controlado, quase-experimental	No grupo de CPP, a idade média de recuperação do peso ao nascer foi significativamente menor (15,68 vs. 24,56 dias) e o ganho de peso médio diário foi significativamente maior (22,09 vs. 10,39 g, $p < 0,001$) do que nos controles.
11	ACHARYA <i>et al. Randomized Control Trial of Kangaroo Mother Care in Low Birth Weight Babies at a Tertiary Level Hospital</i> , 2014	Comparar o efeito do Método Mãe Canguru (CPP) e os métodos convencionais de tratamento no ganho de peso, ocorrência de hipotermia e apneia e tempo de internação entre RN com baixo peso ao nascer.	126 RN estáveis pesando menos de 2.000g. 63 no grupo CPP que foram submetidas a até 4 sessões de CPP de pelo menos 1h. E 63 no grupo controle.	Ensaio clínico randomizado	A mediana do ganho de peso diário foi de 10g (6-20g) no grupo CPP, em comparação com 7g (0-10g) no GC ($p < 0,001$). O ganho médio de peso foi de $12,11 \pm 9,04$ g no grupo CPP, comparado a $3,29 \pm 15,81$ g no GC ($p < 0,001$). A incidência de hipotermia foi maior no grupo controle (12,6%) em relação ao grupo CPP (3,1%) ($p = 0,048$). A duração da internação hospitalar foi menor no grupo controle em comparação ao grupo CPP ($p = 0,015$).
12	BERA <i>et al. Effect of kangaroo mother care</i>	Avaliar o efeito do CPP no crescimento e	500 pares de mães e RN, em grupos	Ensaio clínico aberto, de	Os RN do CPP rapidamente atingiram parâmetros físicos de crescimento

	<i>on growth and development of low birthweight babies up to 12 months of age: a controlled clinical trial, 2014</i>	desenvolvimento de RN indianos com baixo peso ao nascer até os 12 meses de idade.	de cinco. Os três lactentes com menor peso ao nascer em cada grupo receberam CPP, enquanto os outros dois receberam cuidados convencionais.	grupo paralelo, controlado	semelhantes aos RN-controle às 40 semanas de idade corrigida. Mas depois disso, eles os superaram, apesar de serem menores no nascimento. Os quocientes motores e de desenvolvimento mental do DASII também foram significativamente melhores para os RN do CPP.
13	KASHANINIA; DEGHAN. <i>The Effect of Kangaroo Care on Weight Gain of Premature Neonates in Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units, 2015</i>	Determinar o efeito do método canguru (CPP) no ganho de peso de recém-nascidos prematuros	46 binômios foram selecionados. 23 ficaram no grupo do CPP que recebiam 30min de CPP após a alimentação por 4 semanas.	Estudo quase-experimental	O ganho de peso das crianças no grupo de intervenção experimental foi significativamente maior do que no grupo controle (p = 0,009).
14	SHARMA; MURKI; PRATAP. <i>The effect of kangaroo ward care in comparison with Intermediate intensive care on the growth velocity in preterm infant with birth weight <1100 g: randomized control trial, 2016</i>	Comparar a eficácia do CPP com os cuidados intensivos intermediários (IIC) prematuros estáveis para melhorar a velocidade de crescimento até Idade corrigida	141 RN com peso de nascimento <1100 g. 71 ficaram no CPP e 70 nos cuidados intermediários (IIC)	Ensaio clínico randomizado	Os ganhos médios de peso, comprimento e PC até a idade corrigida foram comparáveis em ambos os grupos. Houve redução significativa na permanência de IIC após à randomização e aumento no ganho de peso antes da alta no grupo CPP. Houve um aumento significativo na incidência de apneia no grupo IIC.

15	JAYARAMAN <i>et al.</i> <i>Randomized Controlled Trial on Effect of Intermittent Early Versus Late Kangaroo Mother Care on Human Milk Feeding in Low-Birth-Weight Neonates</i> , 2017	Estudar os efeitos do início precoce do CPP na alimentação exclusiva do leite humano, crescimento, mortalidade e morbidades em RN de baixo peso comparado ao início tardio do CPP durante o período de internação e pós-alta hospitalar.	160 recém-nascidos pesando entre 1.000 – 1.800g. Sendo 80 recebendo o CPP precoce e 80 o CPP tardio, acompanhados até um mês após a alta.	Ensaio clínico randomizado	O grupo que recebeu o CPP precoce (n = 80) alcançou significativamente o AME (86% vs. 45%, p <0,001) e aleitamento materno direto (49% vs. 30%, p = 0,021) e aleitamento humano quase exclusivo (73% vs. 36%, p <.001) até 1 mês pós-alta do que o grupo CPP tardio (n = 80). A incidência de apneia (11,9% vs. 20%, p = 0,027) e apneia recorrente com necessidade de ventilação (8,8% vs. 15%, p = 0,02) foi significativamente reduzida no grupo de CPP precoce. Não houve diferença significativa na mortalidade, morbidades e crescimento durante a internação e pós-alta hospitalar.
16	GONUGUNTLA; METGUD; MAHANTSHETTI. <i>Effectiveness of Kangaroo Mother Care in the Management of Twin Low-Birth-Weight Neonates: A Non-Randomized, Open, Controlled Trial</i> , 2018	Avaliar a eficácia do cuidado mãe canguru (CPP) no manejo de recém-nascidos gêmeos com BPN. Termorregulação, taxa de crescimento, amamentação e autoconfiança das mães	150 neonatos com peso ao nascer <2.200 gramas divididos em 3 grupos: 60 CPP I – gêmeos que receberam o CPP; 30 CPP II – não gêmeos que receberam o CPP (em ambos os grupos a mães eram encorajadas	Estudo prospectivo observacional	Os neonatos nos grupos de CPP foram eutérmicos. O ganho de peso médio aumentou no CPP I (13,48 ± 1,76 g/kg/dia) e CPP II (13,15 ± 1,66 g/kg/dia) em comparação com o grupo CC (11,99 ± 1,20 g/kg/dia) (P = 0,0014). Comprimentos (43,55 ± 1,90, 43,86 ± 1,34 e 43,40 ± 1,94 cm, respectivamente) (P = 0,567) e perímetro cefálico (31,13 ± 0,77, 31,43 ± 1,15 e 31,30 ± 1,07 cm, respectivamente (P = 0,498) foram comparáveis os grupos CC, CPP I e

			a realizar de 13 a 14h/ CPP /dia); 60 CC – gêmeos recebendo cuidados convencionais		CPP II O início precoce da amamentação foi observado em CPP I ($2,68 \pm 1,55$ dias) e CPP II ($2,97 \pm 2,88$ dias) em comparação com o grupo CC ($5,17 \pm 2,65$ dias) ($P < 0,0006$). Além disso, a autoconfiança das mães em controlar os neonatos com BPN foi significativamente maior em ambos os grupos CPP em comparação ao grupo CC ($P < 0,0001$).
17	SOUZA <i>et al.</i> Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele, 2018	Comparar o ganho de peso entre RN submetidos ao CPP e os não submetidos e analisar os fatores que possam influenciar nesse ganho: tempo de internação, idade gestacional, idade gestacional corrigida, peso ao nascimento, peso no primeiro dia de acompanhamento, tempo de uso de sonda gástrica, tempo de alimentação por via oral e tipo de dieta.	86 neonatos divididos em dois grupos: Grupo 1, com 48 neonatos submetidos ao CPP, e Grupo 2, com 38 neonatos que não tiveram esse contato. Foram registrados os pesos até o momento da alta hospitalar.	Estudo transversal quantitativo	Maior ganho de peso no Grupo 1, maior tempo de internação no Grupo 2; diferença significativa no ganho de peso relacionada ao tipo de dieta no Grupo 2. CPP influencia positivamente no ganho de peso e tempo de internação dos neonatos. Uso de fórmula infantil não influencia o ganho de peso para as díades em contato corporal. Idade gestacional, idade gestacional corrigida, peso ao nascimento, peso no primeiro dia de acompanhamento, tempo de uso de sonda gástrica, tempo de alimentação por via oral não está correlacionado com o ganho peso.
18	SHATTNAWI; AL-ALI. <i>The Effect of Short Duration Skin to</i>	Avaliar o efeito do contato pele a pele de curta duração (CPP) (5	89 prematuros estáveis foram alocados para um	Desenho de grupo de	Os resultados mostraram que, em comparação com o grupo controle, os RN no grupo CPP demonstraram

	<p><i>Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study, 2019</i></p>	<p>dias) em resultados fisiológicos e comportamentais de curto prazo de RN prematuros.</p>	<p>grupo de intervenção ou controle. CPP = 48 – realizar min 60min de CPP; GC = 41.</p>	<p>controle quase experimental</p>	<p>maior ganho de peso (g/ dia) do dia 3-5 da prática de CPP (53,7g Vs. 32,6g; $p < 0,05$). Menor número de apneias (48% vs. 33,3%; $P = 0,001$) e menor probabilidade de usar alimentação com fórmula (60% vs. 90%) e maior probabilidade de usar alimentação mista (fórmula e aleitamento materno) na alta (33,3% vs 10%). Diferenças significativas também foram encontradas no choro e padrões de sono dos RN; RN de mães que praticavam CPP eram menos propensos a chorar em um padrão contínuo e mais propensos a ter um bom sono do que os RN do grupo controle.</p>
--	--	--	---	------------------------------------	--

Dos 18 artigos encontrados 77,7% (n=14) trouxeram que os RN que realizaram o CPP tiveram um melhor ganho de peso do que os RN que receberam os cuidados no método convencional (artigos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17 e 18). Os outros artigos (1, 2, 9, e 15) trouxeram nos resultados que a diferença de ganho de peso dos RN que receberam o CPP e os que receberam o método tradicional não era significativa.

Durante a busca foram encontrados também cinco artigos de revisão de literatura, todos apontando que o CPP tem benefícios para o RNPT, incluindo o ganho de peso (LOUGHLIN, 2008; SARPARAST *et al.* 2015; EVEREKLIAN; BILOTTI *et al.* 2016; POSMONTIER, 2017; CUNNINGHAM *et al.*, 2018).

3 MÉTODO

O presente estudo é parte de um macroprojeto intitulado “Efeito do tempo de exposição ao contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”, que está sendo desenvolvido por um grupo de consultores do Método Canguru nos seguintes centros de referência: Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira – IMIP, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - da Universidade de Campinas – Unicamp e Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

A seguir, serão descritas algumas etapas da coleta de dados do macroprojeto, uma vez que nesta pesquisa foram utilizados parte dos dados quantitativos coletados na unidade neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. O objetivo de uma pesquisa descritiva é observar, descrever e documentar aspectos de uma situação (POLIT; BECK, 2011). Os estudos transversais são aqueles que realizam uma observação direta da distribuição de uma ou mais variáveis em uma população, é como se fosse uma fotografia dessa população em um determinado momento definida por critérios geográficos e temporais (HULLEY *et al.*, 2015). Como este estudo visa descrever a realidade da unidade neonatal de um centro de referência neonatal sobre a prática do CPP e, não temos registros sobre este fenômeno, julgamos que este desenho de estudo é apropriado e pode nos ajudar a fornecer pistas para estudos maiores a partir dos dados coletados para o macroprojeto multicêntrico.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC, localizado no campus universitário. Esta instituição recebeu o título Hospital Amigo da Criança em 1997, e em 2002 foi concedido à Unidade Neonatal o título de

Centro de Referência Nacional no atendimento ao RNBP e sua família – Método Canguru, responsável pela disseminação de boas práticas a esta clientela (FUNCHAL, 2010).

A Unidade Neonatal possui 12 leitos cadastrados, seis de UTIN e seis de UCIN, sendo que a distribuição dos leitos intermediários em convencional ou canguru se dá de acordo com a demanda da unidade e a organização do processo de trabalho da enfermagem.

Segundo o banco de dados da unidade, no ano de 2017 foram 245 internações com a IG variando de 25 semanas a 41 semanas e 6 dias, o peso de nascimento de 430g a 6.050g e o tempo de internação de 1 a 101 dias.

Nesta unidade utiliza-se o protocolo de manuseio mínimo que consiste em uma conduta padronizada multiprofissional a fim de minimizar o manuseio dos RN com maior risco de apresentar hemorragia intracraniana, esta conduta também possibilita a melhora do sono do RNPT, alinhamento céfalo-caudal adequado, manutenção da temperatura corporal e melhora do padrão respiratório. Este protocolo é aplicado em RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou com o peso inferior a 1.500 gramas durante um período de 72 horas (PROTOCOLO MANUSEIO MÍNIMO HU, sd).

A equipe multiprofissional da unidade neonatal é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional. Recentemente houve várias alterações no quadro de profissionais que atuam na unidade, especialmente na equipe médica e de enfermagem. A equipe de saúde recebe constantes sensibilizações relacionadas ao MC e foi informada sobre o desenvolvimento da pesquisa na unidade.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos de pesquisa foram os recém-nascidos internados na unidade neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. Como critério de inclusão, foram eleitos para o estudo todos os RN com peso igual ou inferior a 1.800g, internados em qualquer um dos tipos de leitos da Unidade Neonatal (terapia intensiva, intermediária convencional e canguru).

Excluíram-se os RN que receberam alta ou evoluíram para óbito na Unidade Neonatal até 7 dias de vida, RN que apresentarem asfixia perinatal (definida pela presença de pelo menos dois dos seguintes parâmetros: APGAR no 5º min inferior a 6, pH da veia umbilical < 7,2 e

necessidade de fração de oxigênio inspirada de 0,4 para manter saturação mínima de 85%), gestações múltiplas, RN com má-formação congênita grave, com infecção congênita sintomática, síndrome genética, doença metabólica grave e/ou cuja genitora apresente doença grave e/ou com necessidade de internação em Centro de Tratamento Intensivo por mais de 5 dias, ou que evoluírem para óbito, ou com doenças psiquiátricas, ou toxicodependentes ou com qualquer outra condição que as impossibilite à prática do contato pele a pele com seu filho (a). E mães com contraindicação para a amamentação.

A projeção da amostra foi realizada a partir do número de internações na Unidade Neonatal no ano de 2017. Neste mesmo ano, foram internados 51 RN com o peso igual ou inferior a 1.800 gramas. Considerando um nível de confiança de 95% e sem perda amostral, temos um total de 45 RN (Figura 3).

Figura 3 - Cálculo amostral realizado pelo Sestatnet UFSC, Florianópolis, 2018.

Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	51
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	45
Perda Amostral	Nenhuma
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	49
99%	47
90%	43

Fonte: Sestatnet UFSC, 2019.

O cálculo dessa população estimou uma amostra de 45 RN, mas como a amostra faz parte de um projeto multicêntrico optou-se por uma amostra de conveniência no durante o período de um ano (01/10/2018 a 30/09/2019). Desta forma 42 RN estavam aptos para participar da pesquisa, porém somente 29 permaneceram. Dos outros 13, sete foram a óbito, dois RN foram transferidos para outro hospital, um ficou menos de sete dias internado na Unidade Neonatal, um RN foi para adoção, uma mãe não aceitou participar da pesquisa e uma mãe desistiu de participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou em no dia 1º de outubro de 2018 e ocorreu até 30 de setembro de 2019 a fim de atingir a população total da unidade durante o período de um ano. Antes do início da coleta, a equipe de saúde foi informada sobre a realização da pesquisa, seus objetivos e as formas de coleta de dados.

Essa coleta contou com uma equipe composta por uma bolsista de extensão e duas de iniciação científica que foram treinadas para auxiliar na coleta de dados sem interferir na rotina do serviço da unidade, incentivando de forma habitual o contato pele a pele, além da mestrande que também realizou a coleta dos dados e supervisionou todo o processo. A partir da internação de um RN que se enquadrasse nos critérios de elegibilidade, foi realizado um contato inicial com a mãe após o término do manuseio mínimo (72h após o nascimento); Foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e realizado o convite para participação na pesquisa, solicitando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Os dados foram coletados a partir dos instrumentos do projeto multicêntrico, conforme descrito a seguir. Ao aceitar participar da pesquisa, a mãe recebia um documento (Anexo B) para registrar o horário de início e término, cada vez que o RN fosse colocado no CPP. Esse cartão foi deixado próximo ao leito do RN para que a equipe também ajudasse no preenchimento e acompanhamento desse binômio.

Também foi utilizado um instrumento para o registro das informações obtidas no prontuário da mulher e do RN (Anexo C), que traz as variáveis sociodemográficas e obstétricas relacionadas às genitoras, sendo: idade, cor/raça, número de gestações, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, classe econômica (definida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, 2015; Anexo D), intercorrências na gravidez, uso de corticoide. Variáveis dos RN: peso de nascimento, sexo, idade gestacional, Índice de Apgar do 1º e 5º min., classificação da adequação do peso/idade gestacional (Adequado para Idade Gestacional, Pequeno para Idade Gestacional e Grande para Idade Gestacional). Esse mesmo instrumento foi atualizado diariamente, durante a internação hospitalar.

Além disso, foi utilizado um instrumento para unificar os dados antropométricos do RN e o tempo de contato pele a pele realizado (Anexo E). Neste instrumento foi registrado o

peso diário do prontuário do RN; além do registro da frequência e tempo diário de contato pele a pele que foi preenchido no cartão entregue aos genitores, registrando-se os tempos mínimo e máximo diário do CPP e o local onde foi realizado (UTIN, UCINco ou UCINca).

3.5 DESCRIÇÕES DAS VARIÁVEIS

Para esta pesquisa foram selecionadas algumas variáveis com o objetivo de conhecer os dados da gestação, as características da mãe, dados do pré-natal, parto e características do RN.

Variáveis maternas:

- Idade - número de anos completos, conforme relato da mãe em entrevista;
- Escolaridade - número de anos de estudos completos, conforme relato da mãe em entrevista;
- Raça - cor da pele auto referida, classificada em: branca; parda; preta; amarela, conforme relato da mãe em entrevista;
- Situação conjugal - situação conjugal da mãe, segundo informação durante entrevista, classificado em: sem companheiro; casada; união estável, conforme relato da mãe em entrevista;
- Classe econômica - classificação econômica segundo dados da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP, 2015) realizada com a mãe em entrevista;
- Número de filhos - número de filhos, incluindo o atual;
- Realização do pré-natal – registrado como sim se houve pelo menos uma consulta de pré-natal ou não quando não realizou nenhuma consulta;
- Número de consultas no pré-natal - quantidade de consultas realizadas no pré-natal referidas pela mãe durante a entrevista;
- Intercorrências na gestação – registro de intercorrências ocorridas durante a gestação anotadas em prontuário e/ou referidas pela mãe.

Variáveis do nascimento:

- Sexo - sexo do RN classificado em masculino ou feminino;
- Idade gestacional do nascimento - idade gestacional de nascimento do RN segundo dados do prontuário;

- Peso de nascimento - peso de nascimento do RN, em gramas, segundo registro do prontuário;
- Via de nascimento - via de nascimento do RN classificado em parto normal ou cesárea;
- Apgar no primeiro minuto - nota recebida pela avaliação do RN no nascimento segundo escala de Apgar, no primeiro minuto, registrada em prontuário;
- Apgar no quinto minuto - nota recebida pela avaliação do RN no nascimento segundo escala de Apgar, no quinto minuto, registrada em prontuário;
- Adequação do peso com a idade gestacional - realizada classificação segundo peso e idade gestacional de nascimento sendo classificada em: pequeno para a idade gestacional; adequado para a idade gestacional e grande para a idade gestacional, segundo registro em prontuários;

Variáveis da internação:

- Tempo total de internação - tempo total em dias em que o RN permaneceu internado na unidade neonatal, indiferente da etapa;
- Neuroproteção - participação do RN no protocolo de manuseios mínimos, registrando-se sim ou não;
- Uso de ventilação mecânica invasiva – se o RN fez uso de ventilação mecânica invasiva ou não;
- Uso de CPAP - se o RN fez uso de CPAP ou não;
- Uso de cateter nasal de oxigênio - se o RN fez uso de cateter nasal de oxigênio ou não;
- Infecção precoce - diagnóstico de infecção precoce segundo dados do prontuário;
- Infecção tardia - diagnóstico de infecção tardia segundo dados do prontuário;
- Tempo médio de CPP - media de CPP realizado durante a internação em minutos;
- Dias de vida no primeiro CPP - quantidade de dias de vida do RN na realização do primeiro CPP;
- Peso no primeiro CPP – peso, em gramas, do RN na realização do primeiro CPP;

- Idade gestacional no primeiro CPP – idade gestacional corrigida do RN na realização do primeiro CPP;
- Frequência do CPP - quantidade de vezes em que a mãe realizou e registrou o CPP por dia durante a internação;
- Tempo de duração do CPP - tempo em que o RN permaneceu em CPP com a mãe ou pai, registrado em minutos;
- Ganho ponderal - ganho de peso diário do RN;
- Dieta da alta na primeira etapa – dieta ofertada ao RN quando transferido da primeira para a segunda etapa classificado em: seio materno livre; seio materno para estímulo + complemento via sonda; seio materno + complemento via oral; via oral + via sonda; via sonda;
- Peso de alta da primeira etapa - peso de alta do RN quando transferido da primeira para a segunda etapa, registrado em gramas;
- Dieta da alta na segunda etapa – dieta ofertada ao RN quando recebeu alta da segunda etapa classificado em: AME; leite materno + fórmula; apenas fórmula;
- Peso de alta da segunda etapa - peso de alta do RN, na alta da segunda etapa, registrado em gramas.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram organizados em planilhas do Excel, construídas para atender os propósitos da pesquisa. A primeira planilha contém todas as variáveis que foram utilizadas para a caracterização e descrição da população participante da pesquisa, sendo utilizados códigos numéricos, a fim de se obter um padrão para a análise.

A segunda planilha é individual de cada RN; é nela que se encontra o total de contato pele a pele diário, a frequência que ele foi feito, o peso e o ganho de peso diário e qual a idade gestacional corrigida do primeiro contato pele a pele.

As planilhas foram preenchidas pelos pesquisadores e posteriormente conferidas por dois pesquisadores simultaneamente e os dados analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta (N) e relativa (%), médias, mediana, valores mínimos e máximos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O macroprojeto de pesquisa multicêntrico foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil sob o CAAE: 83803817.0.1001.5086 e parecer: 2.657.447 (Anexo F).

As mães eram contatadas sempre após o término do manuseio mínimo do RN, normalmente a encontrávamos na própria unidade ou no “hotelzinho” (instalação própria para as mães que o RN está internado na unidade neonatal), Nesta oportunidade eram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e as que aceitassem fazer parte da pesquisa era entregue o solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando terminava o manuseio mínimo e não havia ninguém da equipe de pesquisa que pudesse coletar os dados da pesquisa, a equipe da unidade (enfermeiros e terapeuta ocupacional) também estava preparada para convidar esses pais a participarem e orientavam sobre o registro do CPP.

Destaca-se que a pesquisa não acarretou riscos ou danos físicos aos participantes, uma vez que a mesma não interferia na rotina da unidade e a coleta dos dados só foi realizada mediante a assinatura do TCLE pela mãe.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa nº 01/PEN/2016 de 17 de agosto de 2016. Essa normativa altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A dissertação resultou em dois manuscritos:

MANUSCRITO 1 - Caracterização dos recém-nascidos pré-termos submetidos ao contato pele a pele em um centro de referência do Método Canguru

MANUSCRITO 2 - Contato pele a pele em uma unidade neonatal: um estudo descritivo.

4.1 MANUSCRITO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS SUBMETIDOS AO CONTATO PELE A PELE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO MÉTODO CANGURU

Resumo: Objetivo: caracterizar os recém-nascidos pré-termos submetidos ao contato pele a pele, segundo as variáveis maternas, perinatais e de evolução da internação, em um centro de referência do Método Canguru. **Método:** Pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa realizada com 29 recém-nascidos pré-termos internados no período de 01 de outubro de 2018 a 30 de setembro de 2019, em um hospital do sul do Brasil referência para o Método Canguru. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples. **Resultados:** O perfil dos recém-nascidos foi predominantemente sexo masculino, idade gestacional média de 31 semanas e peso médio de nascimento de 1.371g, sendo os principais diagnósticos de internação a prematuridade e a síndrome do desconforto respiratório. A via de nascimento predominante foi a cesárea e a média da idade materna foi de 29,2 anos. Relacionado à internação, a maioria realizou o protocolo de manuseio mínimo, a média de contato pele a pele diário foi de 1 hora e 30 minutos e o peso médio de alta foi 2.316,4g. **Conclusão:** A população dos neonatos investigada caracteriza-se pela prematuridade e desconforto respiratório. Ainda, a baixa adesão ao contato pele a pele e o peso de alta encontrados estão em discordância com a recomendação do Ministério da Saúde.

Descritores: Recém-nascido prematuro. Método Canguru. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Introdução

Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) é todo aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. Nascer antes do tempo pode acarretar diversos problemas para o RN,

devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas. Quanto mais prematuro é o nascimento, maiores os riscos que o RNPT está sujeito, sendo necessário cuidados essenciais para a sua sobrevivência, e esses cuidados acontecem nas unidades neonatais (LINHARES, 2003).

Os RNPT passam por diversos processos de amadurecimento e desenvolvimento em um ambiente extrauterino totalmente diferente do útero, com muitos procedimentos (invasivos, dolorosos), excesso de luzes, ruídos, temperatura e umidade inadequada e com toda a insegurança de estar longe de sua mãe. Todo esse ambiente acaba causando no RNPT um estresse, que leva a diversas alterações no processo de desenvolvimento (RAMOS, CUMAN, 2009; MONTENEGRO, REZENDE, 2013).

As unidades neonatais vêm se tornando cada vez mais modernas, com tecnologia de ponta, com a finalidade de aumentar a sobrevivência de RNPT cada vez mais extremos e visando reduzir ou evitar as sequelas da prematuridade. Além das tecnologias duras nesses ambientes, outras estratégias têm surgido, na tentativa de melhorar os desfechos e garantir a qualidade de vida para estes recém-nascidos (RN). Um exemplo é o Método Canguru (MC), uma tecnologia leve, utilizada em unidades neonatais com diferentes concepções em muitos países (BRASIL, 2017).

O MC no Brasil tem como um de seus pilares a posição canguru que consiste no ato de colocar o RN sem roupa em Contato Pele a Pele (CPP) com seus pais. Essa técnica surgiu na Colômbia, quando dois médicos que trabalhavam em unidades neonatais em condições precárias, com materiais escassos, superlotação, falta de profissionais, altas taxas de infecções cruzadas e alto índice de mortalidade neonatal; como solução, começaram a preparar as mães para uma alta precoce, sem um peso mínimo desde que os RN estivessem estáveis, sendo que a condição para a alta seria manter o RN em CPP, AME e comparecer às consultas ambulatoriais para acompanhamento, surgindo assim o “*Programa Madre Canguro*” (GONTIJO *et al.*, 2010).

No Brasil, traços desse programa começaram a surgir na década de 1990 em um Hospital em Santos – São Paulo, no mesmo período o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueiredo sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru e a partir desse encontro começou-se a esboçar um documento que levaria à Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, publicada no dia 05 de julho de 2000 e posteriormente atualizada pela portaria nº1.683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2017).

Diferente da concepção mundial sobre o MC, aqui no Brasil o Método não é somente a posição canguru/ CPP com os pais, a proposta vai desde o controle da ambiência na unidade neonatal (redução da luminosidade e ruídos), organização do processo de trabalho da equipe (manuseio mínimo, agrupamento de cuidados, sensibilização constante dos profissionais) adesão das boas práticas no cuidado ao RNPT (estímulo ao aleitamento materno, controle da dor e uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor até a inserção dos pais nos cuidados com seu filho internado e contato com o mesmo, que inicia com o toque dentro da incubadora e evolui para a posição canguru) (BRASIL, 2017).

Diversos estudos já trazem os benefícios que o CPP tem para o RNPT e sua família, como por exemplo, melhores índices no AME pós-alta, auxilia as mães com a descida do leite, maior vínculo entre mãe/pai/RN, estabilidade dos sinais vitais, manutenção da temperatura corpórea, menor tempo de internação e ganho de peso (ZIRPOLI *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020).

Para disseminação desta política, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu centros de referência em diferentes regiões do país, com o objetivo de ser unidades modelo na implementação das recomendações de cuidado conforme a proposta governamental do MC. A publicação da Norma De Atenção Humanizada Ao Recém-Nascido de Baixo Peso e sua Família e essa estratégia de disseminação do Método, mudaram o paradigma da atenção neonatal no Brasil, porém ainda são escassos os estudos publicados que descrevem esta prática, tão pouco é conhecido o perfil da clientela atendida.

Estudo que realizou avaliação da política no país mostrou que o MC é uma estratégia viável, segura e sem um custo alto para a unidade neonatal comparada aos cuidados convencionais, além de ser uma estratégia que auxilia na promoção do aleitamento materno (LAMY FILHO *et al.*, 2008).

Para poder realizar relações do CPP com os desfechos dos RN, é necessário primeiro conhecer como esta prática é realizada, por isso optamos por desenvolver este estudo com o objetivo de caracterizar os RNPT submetidos ao CPP, segundo as variáveis maternas, perinatais e de evolução da internação em um centro de referência do MC.

Método

Pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa realizada em um hospital que é centro de referência nacional para o MC, localizado em Santa Catarina. Este hospital

possui 12 leitos em sua unidade neonatal, sendo seis de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e os outros seis variam de acordo com a demanda da unidade, podendo ser leitos de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) ou Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Um fator que interfere para alocação de RN na UCINCa é a quantidade de profissionais disponíveis, sendo que o hospital está passando por novas contratações. Esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico em andamento intitulado “Efeito do tempo de exposição ao contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAAE: 83803817.0.1001.5086 e parecer: 2.657.447.

O período de coleta ocorreu de 01 de outubro de 2018 a 30 de setembro de 2019, totalizando a população de um ano, os critérios de inclusão foram: todos os RN com peso igual ou inferior a 1.800g admitidos na unidade neonatal. Foram critérios de exclusão: RN que receberam alta ou evoluíram para óbito na Unidade Neonatal até sete dias de vida, RN que apresentarem asfixia perinatal, gestações múltiplas, RN com má-formação congênita grave, com infecção congênita sintomática, síndrome genética, doença metabólica grave. Já os critérios de inclusão relacionados às mães são: desejo em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como critério de exclusão: mães que apresentassem doença grave e/ou com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva por mais de cinco dias, ou que evoluírem para óbito, ou com doenças psiquiátricas, ou toxicodependentes ou com qualquer outra condição que as impossibilite à prática do contato pele a pele com seu filho e que houvesse contraindicação para a amamentação.

Os dados foram coletados por uma equipe formada por professora orientadora, mestranda, bolsistas de extensão e de iniciação científica. Foi realizado treinamento com todos para auxiliar na captação dos RN elegíveis para a pesquisa, bem como abordar convidar e orientar os pais presentes na unidade a participarem, realizar os registros necessários e posteriormente preencher o banco de dados. A equipe estava ciente da realização da pesquisa e as enfermeiras da unidade comunicavam quando internava um novo RN que se encaixasse na pesquisa. Os dados foram registrados em um “Sumário de internação”, o qual continha os dados maternos, de nascimento, dados de acompanhamento do RN desde a sua internação até o momento da alta hospitalar. Também foi utilizada uma tabela, em que as mães preenchiam os horários e o tempo de CPP realizado, que ficava de sua posse, de conhecimento da equipe da unidade.

As variáveis estudadas foram: variáveis maternas - idade, escolaridade, raça, situação conjugal, classe econômica, número de filhos (incluindo o atual), realização do pré-natal, número de pré-natais e intercorrências na gestação. Variáveis de nascimento dos RNPT – sexo, idade gestacional, peso de nascimento, via de nascimento, Apgar no primeiro e quinto minuto e adequação do peso de nascimento à idade gestacional. Também as variáveis dos RNPT relacionadas à internação – tempo de internação, tempo de CPP, se realizou o protocolo de neuroproteção (manuseios mínimos), uso de ventilação mecânica invasiva, CPAP e cateter nasal de oxigênio, diagnóstico de infecção precoce e tardia e o peso de alta hospitalar.

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel®, conferidos por dois pesquisadores e analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta (N) e relativa (%), média, mediana, valores mínimos e máximos. Cabe mencionar que as variáveis foram coletadas inicialmente como contínuas, mas algumas também foram analisadas de forma categorizada.

Resultados

Durante um ano de coleta foram admitidos nesta unidade 42 RN que estavam aptos para participar da pesquisa, porém somente 29 participaram. Dos outros 13, sete foram a óbito, dois RN foram transferidos para outro hospital, um ficou menos de sete dias internado na Unidade Neonatal, um RN foi para adoção, uma mãe não aceitou participar da pesquisa e uma mãe desistiu de participar da pesquisa.

Em relação ao perfil das mães dos RN, a idade variou de 17 a 39 anos, sendo predominante mães com idade entre 26 – 35 anos, de raça branca, com escolaridade entre nove e 11 anos de estudo, situação conjugal estável ou casada (n= 27; 93,10 %), classe econômica B2 – C1 (n = 19 - 65,51%), sendo este seu primeiro filho, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das mães de recém-nascidos pré-termo segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas, Florianópolis, 2020.

Variável	n	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Idade (em anos)			29,2	30 (17 - 39)
Até 19 anos	5	17,24		
20 – 34	16	55,17		
≥ 35 anos	8	27,59		
Escolaridade (em anos)			10	10 (4 – 6)
1 – 4	2	6,90		
5 – 8	7	25,93		

9 – 11	14	48,27		
>12	6	20,68		
Raça (autodeclarada)				
Branca	17	58,62		
Parda	6	20,69		
Negra	6	20,69		
Indígena	-	-		
Outro	-	-		
Classe econômica (segundo ABEP)				
A	2	6,90		
B1	1	3,45		
B2	10	34,48		
C1	9	31,03		
C2	6	20,69		
D-E	1	3,45		
Situação conjugal				
Casada	10	34,48		
União estável	17	58,62		
Sem companheiro	2	6,90		
Número de filhos (incluindo o atual)			1,9	1 (1 - 6)
1 filho	17	58,62		
2 filhos	4	13,79		
3 filhos	4	13,79		
4 filhos	3	10,34		
5 filhos	-	-		
6 filhos	1	3,45		
Acompanhamento pré-natal				
Sim	29	100		
Não	-	-		
Número de consultas pré-natais			6	5 (1 - 14)
1 – 5	15	51,72		
6 – 10	13	44,83		
>10	1	3,45		
Intercorrência na gestação				
Sim	22	75,86		
Não	7	24,14		

Legenda: Mín (valor mínimo); Máx (valor máximo).

Em relação às intercorrências maternas, as mais registradas foram Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação (n= 13; 44,83%) e diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (n= 10; 34,58%). Outras, em menor número, foram Diabetes e ruptura prematura das membranas (RUPREMA).

Em relação às características de nascimento, observadas na Tabela 2, houve predominância do sexo masculino (n=16; 55,17%), nascidos em sua maioria por parto cesariana (65,5%) do que vaginal; mais da metade com peso entre 1001g a 1500g (55,1%), com média 1371g e, em sua maioria, adequados para a idade gestacional - AIG (58,6%). As medianas de Apgar no 1' e no 5' (minutos) foram de 6 e 8, respectivamente. Predominou o Apgar no 1' de 4 a 6 (n=13; 48,15%), mostrando-se ter elevado no 5', em que a quase totalidade dos RN apresentou 7 a 10 (n=26; 96,3%).

Tabela 2 – Caracterização dos recém-nascidos pré-termo submetidos ao CPP, relativa às variáveis de nascimento, Florianópolis, 2020.

Variável	n	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Sexo				
Masculino	16	55,17		
Feminino	13	44,83		
Idade Gestacional			31s	31s3d (26s2d - 36s3d)
≤ 30 semanas	13	44,83		
31-35 semanas	15	51,72		
≥ 35 semanas	1	3,45		
Peso de nascimento (em gramas)			1371g	1425g (830 - 1790)
≤ 1000 g	4	13,79		
1001g a 1500g	16	55,17		
1501g a 1800g	9	31,03		
Via de nascimento				
Parto vaginal	10	34,48		
Cesariana	19	65,52		
Apgar 1' (n = 27)*				6 (3 - 9)
0 - 3	2	7,41		
4 - 6	13	48,15		
7 - 10	12	44,44		
Apgar 5' (n=27)*				8 (5 - 9)
0 - 3	-	-		
4 - 6	1	3,70		
7 - 10	26	96,30		
Peso por IG				
PIG	12	41,38		
AIG	17	58,62		
GIG	-	-		

Legenda: IG (idade gestacional): s (semanas); d (dias); peso por idade (PIG: Pequeno para a Idade Gestacional, AIG: Adequado para a Idade Gestacional, GIG: grande para a idade gestacional). *dois RN nasceram em ambiente extra hospitalar e não tiveram o registro do Apgar.

Em relação ao diagnóstico/indicação da internação na unidade neonatal, a maioria foi a própria prematuridade e o baixo peso ao nascer, como também o desconforto respiratório. Raras foram outras intercorrências do RN na internação: displasia broncopulmonar (2), pneumotórax bilateral (1), infecção perinatal, isoimunização RH e taquicardia supraventricular.

Considerando os dados de internação (Tabela 3), os RN da pesquisa, tiveram uma média de 40,9 dias de internação, o tempo de CPP diário predominante foi de até 1 hora e 30 min, a grande maioria foi submetida ao protocolo de manuseio mínimo (n=26; 89,66%) e nenhum RN teve alta com peso recomendado pelo Ministério da Saúde (1600g), com um peso médio de 2316,4g. Relacionado à oxigenoterapia, apenas 37,93% fizeram uso de ventilação mecânica invasiva e foram poucos casos de infecções, tanto precoce quanto tardia.

Tabela 3 – Caracterização dos recém-nascidos pré-termo submetidos ao contato pele a pele segundo as variáveis relacionadas à internação. Florianópolis, 2020.

Variável	N	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Tempo de internação (dias)			40,9	33 (13 – 105)
1 – 30	13	44,83		
31 – 60	12	41,38		
61 – 90	2	6,90		
>91	2	6,90		
Tempo de CPP diário				
Até 30 min	5	17,24		
> 30 e < 60 min	7	24,13		
> 60 e < 90 min	9	31,03		
> 90 e < 150 min	4	13,79		
> 150 min	4	13,79		
Neuroproteção				
Sim	26	89,66		
Não	3	10,34		
Uso de ventilação mecânica invasiva				
Sim	11	37,93		
Não	18	62,06		
Uso de CPAP				
Sim	17	58,62		
Não	12	41,37		
Uso de CNO2				
Sim	22	75,86		
Não	7	24,13		
Infecção precoce				
Sim	3	10,34		
Não	26	89,65		

Infecção tardia		
Sim	5	17,24
Não	24	82,75
Peso de alta hospitalar (em gramas)		
		2281,6 2141 (1702 – 3820)
< 1800g	3	10,34
> 1800 e < 2000	6	20,68
>2000 e < 2500	11	37,93
> 2500	9	31,03

Discussão

O nascimento de RNPT é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo e esses RN são aqueles que precisam ser internados em uma unidade neonatal a fim de receber uma assistência especializada. Esforços vem sendo desenvolvidos, desde o pré-natal para minimizar este problema.

Uma nova recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) traz que oito consultas mínimas são necessárias para uma melhor avaliação da mãe e do feto no pré-natal. No presente estudo todas as mães fizeram pré-natal, porém nem todas atingiram o número de consultas preconizado, podendo estar associado à idade gestacional de nascimento do RN, uma vez que quase todos os RN nasceram antes das 35 semanas de gestação.

Outro fator que pode influenciar no número de consultas de pré-natal é a escolaridade materna. A escolaridade materna interfere no acompanhamento do pré-natal já que as mães com mais escolaridade são as que aderem precocemente ao pré-natal podendo assim identificar antes fatores de risco para o parto prematuro (SOUZA; BOTELHO, 2012).

A idade média das mães foi de 29,2 anos, sendo sua maioria (55,17%) considerada jovens adultas (20 – 34 anos). Estudos trazem que o risco maior de parto prematuro e RN com baixo peso ao nascer estão relacionados aos extremos da idade materna (< 19 anos ou ≥ 35 anos), não condizendo com a realidade do presente estudo (GRAVENA *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2018). O parto prematuro não está somente associado à idade materna, as intercorrências gestacionais também influenciaram: 75,86% tiveram intercorrências na gestação, as mais frequentes foram Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação e Infecção do Trato Urinário. Estudo realizado no Peru, em 2016, corroboram que a pré-eclâmpsia e o controle inadequado do pré-natal são fatores preditores do parto prematuro (AHUMADA-BARRIOS; ALVARADO, 2016). A prevalência de parto prematuro em primíparas também foi evidenciada em outro estudo (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2018).

Ao avaliarmos a via de nascimento, a maioria foi cesariana corroborando com os dados da pesquisa Nascer no Brasil, já que o Brasil possui altas taxas de cesariana com 74% dos RN nascendo RNPT tardios, sendo estas tais situações ocasionadas por intervenções desnecessárias, como cesarianas agendadas ou com avaliação incorreta da idade gestacional (FIOCRUZ, 2016).

Com relação aos dados de nascimento, outros estudos também trazem um maior nascimento de RNPT do sexo masculino, porém em proporção similar aos nascimentos de RNPT do sexo feminino (MUCHA, FRANCO; SILVA, 2012; FERREIRA JUNIOR, 2018; DIAS *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado em uma unidade neonatal de um Hospital de Blumenau – Santa Catarina traz que a prematuridade é a principal indicação de internação desses RN, que tiveram uma idade gestacional média de 32 semanas e cinco dias (RODRIGUES; BELHAM, 2017).

Com relação ao peso, uma pesquisa também trouxe que a maioria dos RNPT admitidos em sua UTIN possui peso inferior a 2.500g (MELO; CARVALHO, 2014), no presente estudo, o peso foi considerado critério de inclusão para participação sendo elegíveis para a pesquisa somente aqueles com peso menor ou igual a 1.800g, assim a média de peso de nascimento da população estudada foi de 1.371g.

Ao se tratar da adequação do peso com a idade gestacional, os dados do presente estudo corroboram com estudo realizado em Minas Gerais (2019), no qual a maioria dos RNPT possuem peso adequado para a idade gestacional. O mesmo estudo traz pontuações semelhantes nos índices de Apgar superior a sete no quinto minuto (DIAS *et al.*, 2019).

O índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida também impacta na avaliação e prognóstico dos RNPT, este índice serve para identificar se há necessidade ou não de intervenções nos RN em seus primeiros minutos de vida. Quando os valores do Apgar são menores que sete, em RNPT e de baixo peso indicam um prognóstico ruim para o RN (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2015; DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016).

Ao analisarmos os dados da internação, os RNPT tiveram uma média de 40,9 dias de internação. Um estudo realizado em uma UTIN de São Paulo, em 2015, concluiu que longos períodos de internação estão associados ao baixo peso ao nascer e também com a idade gestacional do nascimento: quanto menor a idade gestacional, mais provável que fique mais tempo internado (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2015).

Com relação ao suporte ventilatório, o uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva está associado à imaturidade do sistema respiratório dos RNPT. Menos da metade dos RN da pesquisa necessitaram de ventilação mecânica invasiva. No entanto, o uso do CPAP foi necessário para 17 RNPT e, o dispositivo mais utilizado para auxiliar os RN na oxigenação foi o cateter nasal de oxigênio (75,86%), podendo também estar associado ao diagnóstico de síndrome do desconforto respiratório (SDR), complicação esta mais frequente em RNPT e de baixo peso. Nos RN deste estudo, o diagnóstico de SDR foi responsável por 68,97% das internações; dados estes confirmados por outros estudos que trazem um índice elevado de RNPT com síndrome do desconforto respiratório (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2015). O uso de dispositivos que auxiliam na função respiratória pode interferir no tempo de CPP já que as mães ficam receosas em realizá-lo devido a instabilidade de seus filhos, onde cabe a equipe realizar orientações para essa mãe.

A unidade em que foi realizado o estudo iniciou recentemente o uso de um Protocolo de Manuseio Mínimo, que consiste em manter o RNPT com idade gestacional menor que 32 semanas e/ou peso menor ou igual a 1.500g, em decúbito dorsal nas primeiras 72 horas de vida, sempre alinhando a cabeça com a linha mediana. Este protocolo visa reduzir o risco de apresentar hemorragia intracraniana e também compreende a redução da manipulação dos RNPT, possibilitando assim um período mais longo e melhor de sono, alinhamento céfalo-caudal, manutenção da temperatura corporal e melhora do padrão respiratório (PROTOCOLO MANUSEIO MÍNIMO, sd). Uma revisão da literatura publicada em 2019 concluiu que ainda são poucas as evidências científicas relacionadas à prática de manuseios mínimos, trazendo que seu uso é um consenso com a literatura, já que minimizando os manuseios excessivos, minimizamos também a dor e o estresse dos RNPT e, conseqüentemente, reduzindo também os quadros de hemorragia intracraniana (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Por ser um centro de referência nacional para o MC, o hospital preconiza o atendimento seguindo a Política de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso e sua família, que consiste em diversos fatores para melhor atender esta clientela: entrada liberada dos pais 24 horas por dia, redução de ruídos e luminosidade, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e um de seus principais pilares é o CPP. O Ministério da Saúde recomenda que o CPP seja de no mínimo uma hora, já que esse é o tempo estimado que os RN levam para se reorganizar quando manipulados. Com relação ao tempo máximo, ainda não se tem estudos que relatam um tempo máximo permitido, sendo preconizado o tempo em que os pais do RN se

sintam confortáveis (BRASIL, 2017). De acordo com os achados do presente estudo, o intervalo mais frequente de CPP diário foi de uma hora e 30 minutos.

Um outro ponto do MC é a alta precoce e o acompanhamento do RNPT e sua família na terceira etapa do Método. Os critérios para a alta hospitalar (alta da segunda etapa) são mãe segura, motivada e bem orientada quanto aos cuidados do seu filho e o compromisso de realizar o CPP pelo maior tempo possível em casa. Quanto aos critérios do RN são o peso mínimo de 1.600g, ganho de peso nos três dias que antecedem a alta, sucção exclusiva no peito ou com a família habilitada para ofertar a dieta desses RN (BRASIL, 2017). De acordo com os dados coletados, nenhum RN teve alta com o peso estipulado pelo Ministério da Saúde, isso pode ocorrer por diferentes fatores, como insegurança da mãe ou da equipe ou até mesmo devido ao fato de o hospital estar situado na região sul do Brasil, onde as condições climáticas são mais propensas ao frio e a equipe de saúde opta por postergar a alta para evitar a hipotermia do RN.

Conclusão

Com este estudo pode-se conhecer de forma transversal do perfil dos RNPT e suas mães internados na unidade neonatal de um hospital centro de referência do MC durante o período de um ano. O perfil dos RN foi representado pelo sexo masculino, idade gestacional média de 31 semanas e peso médio de nascimento de 1.371g, sendo os principais diagnósticos de internação a prematuridade e a síndrome do desconforto respiratório. A via de nascimento que predominou foi a cesárea e a média da idade materna foi de 29,2 anos. Relacionado à internação, a maioria dos RN realizou o protocolo de manuseios mínimos e precisou de suporte ventilatório.

Por se tratar de um centro de referência para o MC, a média de CPP diário ainda é baixa, e o peso de alta difere das recomendações do Ministério da Saúde. Sugere-se que mais estudos sejam feitos a fim de conhecer melhor a realidade da unidade e compreender o porquê destes dois fatores não estarem de acordo com a norma. Ademais, espera-se que este estudo possa estimular a equipe a avaliar o seu processo de trabalho, identificando estratégias para promover um maior tempo de CPP durante a hospitalização e também possibilitar a alta precoce aos RN.

Referências

AHUMADA-BARRIOS, M. E.; ALVARADO, G. F. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 24, p.1-8, 2016.
[Http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750).

ALMEIDA, B. B. P. de *et al.* Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco. **Revista Nursing**, v. 21, n. 247, p.2506-2512, 2018. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg67.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru**: manual técnico. 3.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308>>. Acesso em: 07 fev. 2020. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.2.2016.308>.

DIAS, J. P. V. *et al.* Perfil clínico de neonatos internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p.22296-22309, 2019.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 7, n. 1, p.6-12, 2018. [Http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159](http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159).

FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. **Fiocruz**, 30 de nov. de 2016. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

GONTIJO, T. L. *et al.* *Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method.* **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 1, p.33-39, 11 fev. 2010. *Jornal de Pediatria.* <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1968>.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 2, n. 26, p.130-135, 2013. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n2/v26n2a5.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

LAMY FILHO, F. *et al.* *Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil.* **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p.428-435, 13 out. 2008. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1821>

MELO, W. A.; CARVALHO, M. D. de B. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no sul do Brasil. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 2, p.398-409, 2014.

MONTEIRO, L. M. *et al.* Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: recomendações baseadas em evidências. **Revista Enfermagem Atual**, v. 27, n. 88, p.1-7, 2019. Disponível em: <<http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/258/462>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MONTENEGRO, C A B; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 2, p. 201-208, June 2015. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200201&lng=en&nrm=iso>.access
on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200006>.

OLIVEIRA, C. de S. *et al.* Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 1, p.28-32, 3 maio 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i1.700>.

OMS. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 7 de Nov. de 2016. Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820>. Acesso em: 29 jan. 2020.

PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO para recém-nascidos. Disponível em:
<<http://www.hu.ufsc.br/setores/unidade-neonatal/wp-content/uploads/sites/14/2014/10/PROTOCOLO-DE-MANUSEIO-M%C3%8DNIMO-UNIDADE-NEONATAL-1-1-1.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

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

RODRIGUES, V. B. M.; BELHAM, A. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal do Hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 4, n. 46, p.43-49, 2017. Disponível em:
<<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/188/203>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SANTOS, A. C. *et al.* Método mãe canguru em recém-nascidos prematuro. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p.35-39, 2020. Disponível em:
<<http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/349/116>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SOUZA, L. F.; BOTELHO, N. M. Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pretermo. **Revista Paraense de Medicina**, v. 25, n. 1, p.28-33, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3056.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

ZIRPOLI, D. B. *et al.* *Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p.547-554, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>.

4.2 MANUSCRITO 2 – CONTATO PELE A PELE EM UMA UNIDADE NEONATAL: UM ESTUDO DESCRITIVO

Resumo: Objetivo: descrever como ocorre a prática do contato pele a pele no Método Canguru em uma unidade neonatal do sul do Brasil. **Método:** Estudo descritivo com 29 recém-nascidos pré-termos internados no período de 01 de outubro de 2018 a 30 de setembro de 2019, em um hospital universitário centro de referência para o Método Canguru. A coleta de dados foi realizada nos prontuários e a partir de um instrumento preenchido pelas mães dos recém-nascidos internados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples. **Resultados:** O primeiro contato pele a pele foi realizado, em média, com 6,38 dias. O menor peso de recém-nascido submetido ao contato pele a pele foi 790g, sendo a média de idade gestacional dos RNPT submetidos a essa posição, de 31 semanas e cinco dias. A frequência de contato pele a pele foi 1,6 vezes ao dia, sendo o tempo mínimo de 56 minutos e o ganho ponderal médio de 26,98g por dia. **Conclusão:** A realização do contato pele a pele acontece, em sua maioria, após o quinto dia de vida, na primeira etapa do Método, a frequência de realização deste contato foi de uma vez por dia e o tempo de duração médio foi de 120 minutos, na segunda etapa, os dados pouco variaram.

Descritores: Recém-nascido pré-termo. Método canguru. Enfermagem neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Introdução

A prematuridade é considerada atualmente um problema de saúde pública devido às altas taxas de nascimento prematuro no mundo. Um relatório lançado final de 2018 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, mundialmente, cerca de 30 milhões de recém-nascidos (RN) nascem prematuros ou com baixo peso ou adoecem logo nos primeiros dias de vida (OPAS, 2018). No Brasil, a taxa de RN pré-termo (RNPT) é quase o dobro da verificada em países europeus, estando o Brasil entre a décima posição de países com maiores índices de prematuridade; e, ainda, segundo a OMS (2018) são cerca de 280 mil partos prematuros por ano.

A prematuridade é definida pelo nascimento antes da 37ª semana de gestação, podendo ainda ser classificada em pré-termo extremo (menor que 28 semanas), muito pré-termo (28 a 32 semanas) e pré-termo moderado (32 a 37 semanas). Globalmente, a prematuridade é a principal causa de mortes em crianças menores de cinco anos, e em todos os países esse índice vem aumentando (WHO, 2018).

O avanço na tecnologia relacionado aos cuidados neonatais vem possibilitando a sobrevivência de RN com idade gestacional cada vez menor. A OMS também traz que três quartos dos RNPT podem ser salvos com cuidados viáveis e de baixo custo, melhorando o

acompanhamento no pré e pós-natal, uso de antibióticos para evitar infecções nos RN e o Método Canguru (MC) (WHO, 2018).

O MC, em uma visão mundial, consiste apenas no contato pele a pele (CPP) entre mãe e RN, sendo também denominado de posição canguru, onde o RN fica apenas de fralda, na posição vertical junto ao peito da mãe. Na visão brasileira, o MC significa uma mudança de paradigma na atenção ao RN, fazendo com que a atenção humanizada e os avanços tecnológicos se complementem (OLIVEIRA, N. *et al.*, 2015, BRASIL, 2017).

Com a inspiração do Método criado na Colômbia em 1979, no Brasil essa prática começou a ser adotada em 1991 pelo Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP, nas enfermarias do Alojamento Conjunto. Outro marco importante foi o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, atual Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), ficar entre os finalistas do concurso de projetos sociais “Gestão Pública e Cidadania”, realizado pela Fundação Ford e Fundação Getúlio Vargas, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), com a “Enfermaria Mãe Canguru” e a partir daí alguns hospitais brasileiros começaram a praticar a posição canguru sem muitos critérios técnicos definidos. Após quase seis meses de análises e observações, em junho de 1999, a Área Técnica de Saúde da Criança, da então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, estabeleceu um grupo de trabalho e com base nas suas observações e avaliações, elaborando um documento que embasaria a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, sendo a mesma publicada em 2000 e atualizada em 2007 (BRASIL, 2017).

O MC no Brasil é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, reunindo diversas estratégias de intervenção biopsicossocial (BRASIL, 2018). É dividido em três etapas. A primeira inicia-se já no pré-natal de alto risco, se estendendo até a internação do RN na unidade. Neste primeiro momento, deve-se acolher os pais e a família na Unidade Neonatal esclarecendo as condições de saúde do RN, informar suas peculiaridades, sobre os cuidados realizados, a rotina da unidade e reforçar que o acesso dos pais é livre, não contendo restrição de horário e que eles são importantes moduladores para o bem-estar do RN (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018).

Nesta etapa preconiza-se o contato precoce, por isso, sempre que possível, deve-se propiciar o contato com o RN e estimular a participação não só da mãe, mas também do pai em todas as atividades desenvolvidas na unidade. Deve-se também assegurar a permanência da puérpera durante a primeira etapa, fornecendo auxílio transporte, alimentação, assento

adequado ao lado do RN e atividades complementares que auxiliem na ambientação (BRASIL, 2018).

Para o melhor desenvolvimento do RN deve-se diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais expressadas pelo RN, garantir medidas de proteção contra estresse e dor, utilizar o posicionamento adequado, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono (ORSI *et al.*, 2015; BRASIL, 2018).

Na segunda etapa, o RN fica a maior parte do tempo com a mãe e preferencialmente na posição canguru. Existem alguns critérios a serem seguidos para que seja realizada a transferência para esta etapa, como a estabilidade clínica do RN, a nutrição por via enteral (peito, sonda ou copinho), o peso mínimo de 1.250g, o desejo e a disponibilidade da mãe de participar, se ela está apta a reconhecer os sinais de estresse e de risco para o RN, se ela está segura quanto ao manuseio e cuidados com o seu filho e a habilidade para realizar a posição canguru (BRASIL, 2018).

A transição para a terceira etapa ocorre quando a mãe está segura e psicologicamente motivada e quando os familiares estão conscientes quanto aos cuidados domiciliares do RN, além de se comprometerem a realizar a posição pelo maior tempo possível. Quanto ao RN, ele deve ter um peso mínimo de 1.600g e ter um ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta. Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. A primeira consulta deve ser realizada após 48 horas da alta da segunda etapa e as demais é recomendado ser realizada três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que o RN atinja 2.500g (BRASIL, 2018).

Apesar desta política governamental estar disseminada a mais de quinze no Brasil, pouco sabemos sobre a experiência das diversas unidades que adotam os pressupostos deste modelo de cuidado. Temos estudos qualitativos que apontam os benefícios tanto para as mães quanto para os RN (LOPES *et al.*, 2019; HECK *et al.*, 2016), mas ainda são escassas as pesquisas quantitativas que descrevem como esta prática vem sendo realizada nas unidades neonatais (FARIAS *et al.*, 2017). Por quanto tempo os RN são submetidos ao contato pele a pele? Qual a frequência deste contato? Com quantos dias de vida os RN são colocados em contato com suas mães pela primeira vez? Qual o peso e idade gestacional mínimos para

realização desta prática? Há diferença de variáveis na 1ª. e 2ª. etapa do Método? Estas e outras perguntas, motivaram a realização deste estudo que tem por objetivo descrever de que forma ocorre a prática do contato pele a pele no Método Canguru em uma unidade neonatal do sul do Brasil.

Método

Este estudo é derivado de um projeto multicêntrico “Efeito do tempo de exposição ao contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa realizada em um hospital universitário do sul do Brasil, referência para o MC. Este hospital é uma instituição pública, vinculada a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, possui 12 leitos neonatais: seis de UTIN e os outros seis UCIN (convencional ou canguru, conforme demanda).

O período de coleta foi de outubro de 2018 a setembro de 2019, de forma a contemplar o cálculo para o tamanho amostral 45 RN, baseado na população de 51 RN nascidos com peso igual ou menor que 1800g (2017). Optou-se por uma amostra ade conveniência, ao final de um ano de coleta de dados, por conta do tempo de finalização deste estudo. Assim, os critérios de inclusão foram: todos os RN com peso igual ou inferior a 1.800g admitidos na unidade neonatal foram critérios de exclusão: RN que receberam alta ou evoluíram para óbito na Unidade Neonatal até sete dias de vida, RN que apresentarem asfixia perinatal, gestações múltiplas, RN com má-formação congênita grave, com infecção congênita sintomática, síndrome genética, doença metabólica grave. Já os critérios de inclusão relacionados às mães são: desejo em participar da pesquisa e assinar o Temo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como critério de exclusão: mães que apresentassem doença grave e/ou com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva por mais de cinco dias, ou que evoluírem para óbito, ou com doenças psiquiátricas, ou toxicodependentes ou com qualquer outra condição que as impossibilite à pratica do contato pele a pele com seu filho e que houvesse contraindicação para a amamentação.

A coleta de dados iniciou-se após a concordância e assinatura do TCLE pelas mães cujos RN eram elegíveis para participar da pesquisa. O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAAE: 83803817.0.1001.5086 e parecer: 2.657.447.

Os dados foram coletados a partir de um sumário de internação: que tinha por objetivos caracterizar os RN e suas mães, bem como descrever alguns desfechos neonatais relativos à

internação. Estes dados foram captados nos prontuários, por uma equipe composta por duas bolsistas de iniciação científica, uma bolsista de extensão, uma mestranda e duas docentes do curso de graduação em enfermagem. Além deste documento, as mães também eram orientadas a preencher uma tabela com os horários e o tempo de CPP realizado.

As variáveis estudadas foram: a) dados dos RN segundo as variáveis de nascimento – sexo, peso e idade gestacional do nascimento, via de parto e tempo total de internação; b) dados maternos – idade, situação conjugal, número de filhos e classificação econômica; c) dados relacionados às duas etapas do MC – dias de vida e idade gestacional no primeiro CPP, frequência e tempo de duração da posição canguru, ganho ponderal de peso, peso e dieta no momento da alta, sendo entre as etapas e a alta hospitalar.

Os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Office Excel® e analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta e relativa percentual, média, mediana, valores mínimo e máximo.

Resultados

No período de outubro de 2018 a setembro de 2019, foram admitidos 42 RN que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa; porém, somente 29 permaneceram. Dos outros 13, sete foram a óbito, dois RN foram transferidos para outro hospital, um ficou menos de sete dias internado na Unidade Neonatal, um RN foi para adoção, uma mãe não aceitou participar da pesquisa e uma mãe desistiu de participar da pesquisa.

O hospital em que foi realizada a pesquisa é Centro de Referência nacional para o MC, onde os pais têm acesso livre 24 horas. Todos os RN foram admitidos na UTIN, no entanto, apenas 26 foram transferidos para UCINCa e três permaneceram na UCINCo devido à indisponibilidade da mãe para permanecer na UCINCa. O tempo médio de internação dos RN foi 40,9 dias, sendo que 25 RN ficaram internados por mais de 60 dias, o sexo predominante foi o masculino (n=16; 55,17%), e média de peso e idade gestacional foi de 1.362g e 31 semanas, de acordo com dados da Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos recém-nascidos segundo as variáveis de nascimento. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Variável	n	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Sexo				
Masculino	16	55,17		
Feminino	13	44,83		
Idade Gestacional				
			31s	31s3d (26s2d - 36s3d)
≤ 30 semanas	13	44,83		
31-35 semanas	15	51,72		
≥ 35 semanas	1	3,45		
Peso de nascimento (em gramas)				
			1371	1425 (830 – 1790)
≤ 1000 g	4	13,79		
1001g a 1500g	16	55,17		
1501g a 1800g	9	31,03		
Tempo total de internação (dias)				
			40,9	33 (13 – 105)
1 – 30	13	44,83		
31 – 60	12	41,38		
61 – 90	2	6,90		
>91	2	6,90		

Legenda: semanas (s); dias (d).

Na Tabela 2 são apresentadas características sociodemográficas relativas às mães dos RN do estudo, a média de idade das mães foi de 29,2 anos, a maioria tinha um companheiro sendo casada ou em união estável (n= 27 – 93,10%), em grande parte era o RN internado era o primeiro filho e a classe econômica que mais predominou foi B2 e C1 (n= 19; 65,51%).

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Variável	n	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Idade (em anos)				
			29,2	30 (17 - 39)
Até 19 anos	5	17,24		
20 – 34	16	55,17		
≥ 35 anos	8	27,59		
Situação conjugal				
Casada	10	34,48		
União estável	17	58,62		
Sem companheiro	2	6,90		

Número de filhos (incluindo o atual)		
1 filho	17	58,62
2 filhos	4	13,79
3 filhos	4	13,79
4 filhos	3	10,35
5 filhos	-	-
6 filhos	1	3,45
Classe social (ABEP)		
A	2	6,90
B1	1	3,45
B2	10	34,48
C1	9	31,03
C2	6	20,69
D-E	1	3,45

A Tabela 3 traz os dados relacionados às variáveis analisadas durante a internação dos RNPT **na 1ª etapa**, levando em consideração a internação tanto na UTIN quanto na UCINCo. O primeiro CPP é realizado, em média, com 6,38 dias e a média de idade gestacional dos RNPT submetidos a essa posição é de 31s e 4d. O menor peso de recém-nascido submetido ao contato pele a pele foi 790g. Durante a primeira etapa observou-se que mais mães fazem o CPP somente uma vez ao dia, com média de tempo superior a 120 minutos e com ganho de peso diário, sendo em sua maioria, superior a 25 gramas por dia.

No que se refere **à alta para a 2ª etapa**, a maioria dos RN estava com o peso entre 1.501g a 2.000g (n= 14; 53,85%) e a dieta de transferência foi seio materno para estímulo mais complemento via sonda (n= 10; 38,46%). O tempo médio de internação na UTIN foi de 19,38 dias e na UCINCo foi de 6,08 dias.

Tabela 3 – Dados de internação do RN relacionados à primeira etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Variável	N	%	Média	Mediana (Mín-Máx)
Dias de vida no 1º CPP			6,38	4 (1 – 27)
1 ao 3º dia	9	31,03		
4ª dia	7	24,14		
5º dia ou mais	13	44,83		
IG no 1º CPP			31s 5d	29s 6d (28s 2d – 35s2d)
Até 30s	10	34,48		
31s - 33s	17	58,62		
≥34s	2	6,90		

Peso no 1º CPP			1338	1330 (790 - 1920)
< 1000g	2	6,90		
>1000g a 1500g	20	76,69		
>1500g	7	24,14		
Frequência do CPP			1,53	1,43 (1 – 2,5)
1x/dia	16	55,17		
2x/dia	11	37,93		
3x ou mais/dia	2	6,90		
Tempo médio de CPP (em minutos)			121,91	112,50 (66,59 – 215,50)
< 60 min	-	-		
> 60 e < 90 min	4	13,79		
> 90 e < 150 min	19	65,52		
> 150 min	6	20,69		
Ganho ponderal (em gramas)			24,09	23,38 (-15 – 41)
Até 15g/dia	7	24,14		
>15g a <25g/dia	9	31,03		
>25g/dia	13	44,83		
Neuroproteção				
Sim	26	89,66		
Não	3	10,34		
Peso de alta na 1ª etapa n=26			1806,85	1705 (1270 – 2716)
1.200g – 1.500g	5	19,23		
1.501g – 2.000g	14	53,85		
>2.000g	7	26,92		
Dieta na alta 1ª etapa n=26				
SM livre	1	3,85		
SM para estímulo + complemento via sonda	10	38,46		
SM + complemento via oral	6	23,08		
Via oral + via sonda	1	3,85		
Via sonda	8	30,77		

O peso de alta da primeira etapa incluiu apenas os RN que participaram da 2ª etapa e foram transferidos para a UCINCa

Na tabela 4 os dados são do período de internação dos RN **na 2ª etapa**, quando são transferidos para a UCINCa. Neste estudo, três RN permaneceram na UCINCo após alta da

UTIN. A média de frequência foi 1,6 vezes ao dia, sendo o tempo mínimo de 56 minutos e o ganho ponderal médio de 26,98g por dia. O tempo médio de internação na UCINCa foi de 15 dias. Na alta da segunda etapa, 50% dos RN saíram em AME e com peso superior a 2001g (n= 18; 69,23%), já os três RN que não passaram pela UCINCa foram para a casa sendo ofertado leite materno mais fórmula complementar.

Tabela 4 – Dados de internação do RN relacionados à segunda etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Variável	N	%	Média	Mediana (Mín – Máx)
Frequência do CPP			1,60	1 (1 – 3)
1x/dia	10	38,46		
2x/dia	16	61,54		
Tempo de CPP (em minutos)			145,97	120,42 (56 – 338,24)
> 30 e < 60 min/dia	1	3,85		
> 60 e < 90 min/dia	3	11,54		
> 90 e < 150 min/dia	12	46,15		
> 150 min/dia	10	38,46		
Ganho ponderal (em gramas)			26,98	28,07 (-12 – 46,21)
Até 15g/dia	3	11,54		
>15g a ≤ 25g/dia	6	23,08		
>25g a ≤ 35g/dia	11	42,31		
>35g/dia	6	23,08		
Peso de alta na 2ª etapa			2281,6	2141 (1702 – 3820)
Até 1800g	3	11,54		
1801g a 2000g	5	19,23		
2001g a 2500g	11	42,31		
>2500g	7	26,92		
Dieta na alta 2ª etapa				
AME	13	50,00		
LM + fórmula	8	30,77		
Somente fórmula	5	19,23		

Legenda: AME (aleitamento materno exclusivo); LM (leite materno).

Discussão

Estudos trazem que o parto prematuro pode estar relacionado à idade materna, ocorrendo comumente com mães adolescentes (até 19 anos) ou com idade elevada (acima dos 35 anos) (GRAVENA *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2018; PENHA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020), o que não vai de acordo com as mães participantes deste estudo, sendo que a média de idade foi de 28,62 anos. Ao se tratar da situação conjugal, a maioria das mães possuía um parceiro, sejam casadas ou em união estável, indo ao encontro de outros estudos que avaliam o perfil de mães que tiveram um parto prematuro (ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 2011; PEREIRA *et al.*, 2018). Um estudo realizado em Joinville, Santa Catarina, traz que a condição socioeconômica não teve influência sobre o parto prematuro (HACKBARTH *et al.*, 2015), por mais que este fator e outros, como a baixa escolaridade, possam interferir na questão de interesse e a acesso à informação pelas gestantes.

A caracterização dos RN participantes segundo os dados de nascimento teve um predomínio de RN do sexo masculino, sendo esta afirmação presente também em outros estudos que avaliam o perfil dos RN internados em unidades neonatais (MUCHA, FRANCO, SILVA, 2012; FERREIRA JUNIOR, 2018; DIAS *et al.*, 2019). A média de peso do nascimento foi de 1.362g, lembrando que um dos critérios de inclusão para participar da pesquisa era o RN ter peso menor ou igual a 1.800g. Outros estudos que avaliaram o perfil de RN internados em unidades neonatais possuem diferentes médias de peso, variando também os critérios de inclusão de cada pesquisa (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2015; MARCUARTÚ, MALVEIRA, 2017).

O tempo de internação está diretamente ligado ao peso de nascimento e à idade gestacional, sendo estas variáveis inversamente proporcionais, ou seja, quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional, maior será o tempo de internação (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2015).

Os dados relacionados ao CPP dos RN do presente estudo nos revelam que a média de dias em que esse contato é proporcionado pela primeira vez acaba sendo tardia, sendo realizada por 44,83% após o quinto dia de vida. Isso ocorre pelo fato de que, na unidade estudada, os RN passam pelo protocolo de manuseios mínimos, o qual tem duração de 72 horas (PROTOCOLO MANUSEIO MÍNIMO HU, sd), ou seja, só é possibilitado a posição canguru a partir do terceiro dia de vida. Outro fator que também interfere é a instabilidade dos RN, sendo, em sua maioria, os mais instáveis aqueles com menor peso e menor idade gestacional são os que mais se beneficiariam do CPP (AMARAL; ALMEIDA; GREGÓRIO, 2015).

A primeira etapa do MC, depois que o RN nasce, é realizada na UTIN ou UCINCo. Quando os RN estão internados na UTIN necessitam de um maior cuidado, muitas vezes são dependentes de aparelhos para auxiliar na ventilação, alimentação e medicação. Estes fatores podem interferir no tempo e frequência da realização do CPP, no presente estudo a maioria das mães realizou o CPP uma vez ao dia por um tempo médio de 120 minutos, sendo que a norma estipulada pelo Ministério da Saúde traz que o tempo mínimo de exposição ao CPP deve ser de uma hora, já que este é o tempo em que o RN leva para se organizar após ser manipulado e não existe tempo máximo para realizar tal prática, devendo permanecer nesta posição o tempo que for confortável para os pais (BRASIL, 2017). Inclusive estudos trazem que não há nenhuma contraindicação de realizar a posição em RN intubados sob ventilação mecânica, sendo que o CPP reduz o número de apneias e bradicardia (ARAÚJO *et al.*, 2010; AZEVEDO, DAVID, XAVIER, 2011).

Com relação ao tempo de exposição ao CPP e seus benefícios, um estudo realizado na Ásia, em 2019, que incentivou as mães a realizarem a posição canguru por cinco dias consecutivas em uma média de tempo de 60 a 120 minutos concluiu que o CPP tem inúmeros benefícios para os desfechos neonatais, mas que é importante seu início precoce. Ainda relata que por mais que o tempo de duração fosse de uma hora, já houve impacto no ganho de peso dos RN (SHATTNAWI; AL-ALI, 2019). Um estudo brasileiro realizado em Rondônia, 2018, teve como resultado um maior ganho de peso dos RN que foram submetidos ao CPP comparados aqueles que não tiveram esse contato (SOUZA *et al.*, 2018).

Uma questão importante e que interfere diretamente na prática de CPP é a capacitação e segurança da equipe de saúde para estimular a realização desta prática no cotidiano de cuidado das unidades neonatais. Quanto mais os profissionais de saúde estiverem informados sobre os benefícios desta prática, maiores as chances de os RN serem submetidos a esta prática (SALES *et al.*, 2018).

Estudos vêm mostrando que o CPP possibilita as mães a se sentirem mais confiantes no cuidado de seu filho e isto acaba incentivando a participação das mesmas nos cuidados (HECK *et al.*, 2016; CHAGAS *et al.*, 2017; TESTONI; AIRES, 2018). Assim, aos poucos as mães começam a reconhecer os sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração, adquirem conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru e, ao possuir disponibilidade de permanecer em tempo integral no hospital, estão aptas a ser transferidas para a 2ª etapa.

Os critérios da alta da primeira para a segunda etapa são: peso mínimo do RN de 1.250g, estabilidade clínica e nutrição enteral plena, desejo e disponibilidade materna, apoio da família para a permanência da mesma em período integral no hospital, sendo que utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes, fototerapia e cateter de oxigênio não contraindicam o encaminhamento do recém-nascido para a segunda etapa. (BRASIL, 2017). No presente, estudo a média de peso da alta da primeira etapa dos RN foi de 1806,85g e a maioria da dieta prescrita para os RN era o seio materno para estímulo, sendo complementado com leite via sonda (n= 10 – 38,46%). Nesta realidade, o peso mínimo de transferência do RN para segunda etapa, está bem acima do peso recomendado pelo MS. É preciso investigar melhor as causas deste fato já que um dos pilares do MC é proporcionar uma alta precoce do RN.

A segunda etapa do MC é aquela em que as mães ficam “internadas” com seus filhos em uma unidade denominada UCINCa. Nesta etapa o RN deve permanecer de maneira contínua em CPP com sua mãe, sendo este contato realizado pelo maior tempo possível (BRASIL, 2017). Os resultados desta pesquisa não corroboram com as normas do manual do MC, já que a média de tempo de CPP realizado pelas participantes nesta etapa é de 145,97 minutos. Percebe-se que nesta realidade não houve diferença clínica no tempo de CPP realizado na 1ª e na 2ª. etapa. Como na UCINCa a mãe permanece em tempo integral na unidade e as instalações da unidade proporcionam maior conforto à mãe, o que se espera é que o tempo e frequência da posição canguru possa aumentar nesta etapa.

Outro achado do estudo que não corrobora com as recomendações do MS é o peso de alta da 2ª etapa dos RN, sendo a média foi de 2281,6g, sendo preconizado pelo manual alta a hospitalar partir de 1.600g (BRASIL, 2017).

No que concerne o aleitamento materno, 50% dos RN participantes da pesquisa foram de alta em AME, confirmando resultados de outros estudos que trazem o aleitamento como um dos benefícios do CPP (SOUZA *et al.*, 2018; ROCHA; CHOW-CASTILLO, 2020).

Como limitação deste estudo podemos apontar a pequena amostra, que não nos permitiu fazer associação entre as diferentes variáveis neonatais, para poder compreender melhor os desfechos. Além disso não foram encontrados estudos associados ao tempo e frequência de exposição desses RN ao CPP nas diferentes etapas do Método que pudessem reforçar ou esclarecer resultados deste estudo.

Como limitação deste estudo, apontamos o fato de ser um estudo transversal e de utilizar dados de registro da mãe do RN.

Conclusão

O presente estudo descreveu como ocorre a prática de CPP nos RN com peso menor de 1800g em uma unidade neonatal de um hospital centro de referência para o MC. Com relação ao perfil dos RN, o sexo predominante foi o masculino e o peso médio de nascimento foi de 1362g.

A realização do CPP acontece, em sua maioria, após o quinto dia de vida. Na primeira etapa a frequência de realização deste contato foi de uma vez por dia e o tempo de duração médio foi de 120 minutos. Na segunda etapa, os dados pouco variaram (frequência 1,60/dia e tempo de CPP 145,67 minutos). Considerando os inúmeros benefícios desta prática e a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro, esperávamos que esta prática fosse mais estimulada/realizada no cotidiano de cuidado da unidade neonatal. Há que se realizar novos estudos que possam esclarecer e identificar as causas da não realização do CPP.

Neste estudo, outro fator que nos chama a atenção foi a média de peso de alta na 1ª (1806,85g) e 2ª etapas do MC (2281,6g), muito aquém do recomendado pelo MS e que pode estar interferindo na possibilidade de uma alta mais precoce aos RN e suas famílias. Apesar de entendermos que não é o peso ponderal a única variável que possibilita a alta do RN.

Por fim, gostaríamos de destacar que este estudo reafirma que a prática do CPP pode estar relacionada a maiores taxas de AME na alta hospitalar.

Referências

ALMEIDA, B. B. P. de *et al.* Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco. **Revista Nursing**, v. 21, n. 247, p.2506-2512, 2018. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg67.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

AMARAL, D. A., ALMEIDA, M. D. A., GREGÓRIO, E. L. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de prematuros inseridos no Método Mãe Canguru. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, p. 57-63, 2015.

ARAÚJO, C. L. de *et al.* Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.301-307, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000100035>.

AZEVEDO, V. M. G. de O.; DAVID, R. B.; XAVIER, C. C. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 133-138, June 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru**. 3ª Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, p. 304, 2017.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado/>

CHAGAS, M. A. *et al.* Percepção das mães acerca da vivência do método canguru. **Revista Eletrônica de Fainor**, Vitória da Conquista, v. 10, n. 3, p.424-435, 2017. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/689/357>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DIAS, J. P. V. *et al.* Perfil clínico de neonatos internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p.22296-22309, 2019.

ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7., 2011, Maringá. **Influência do perfil sócio demográfico materno nos prematuros nascidos no município de Maringá-PR**. Maringá: Cesumar, 2011. 5 p. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/willian_augusto_melo\(3\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/willian_augusto_melo(3).pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2020.

FARIAS, S. R. *et al.* Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p.1-11, 12 jun. 2017. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/rec.v19.38433>.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 7, n. 1, p.6-12, 28 mar. 2018. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159>.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>.

HACKBARTH, B. B. *et al.* Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 353-358, Aug. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

72032015000800353&lng=en&nrm=iso>. access
on 21 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005338>.

HECK, G. M. M. *et al.* Compreensão do sentimento materno na vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p.71-83, 30 mar. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218083>.

LOPES, T. R. G. *et al.* Vivência de pais com o Método Canguru: revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 20, p.1-9, 25 set. 2019. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041687>.

MARCUARTÚ, A. C.; MALVEIRA, S. S. Perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso internados em unidade de cuidados intensivos neonatais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p.5-10, 23 nov. 2016. Portal de Periódicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n1.28551>.

MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 2, p. 201-208, June 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200201&lng=en&nrm=iso>. access
on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200006>.

OLIVEIRA, C. de S. *et al.* Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 1, p.28-32, 3 maio 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i1.700>.

OPAS. Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 13 de dez. de 2018. Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5821:quase-30-milhoes-de-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-de-tratamento-para-sobreviver-todos-os-anos&Itemid=820>. Acesso em: 29 jan 2020.

ORSI, K. C. S. C. *et al.* Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Rev Esc Enferm LISP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 550-555, maio 2015.

PENHA, S. da C. *et al.* Fatores de risco maternos associados à prematuridade em uma maternidade escola. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p.43-51, 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1373/698>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PEREIRA, S. S. M. *et al.* Profile of the Pregnant Women Affected by Preterm Birthin a Public Maternity Hospital. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3,

p.758-763, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.758-763>.

PROCOLO de manuseio mínimo para recém-nascidos. Disponível em:
 <<http://www.hu.ufsc.br/setores/unidade-neonatal/wp-content/uploads/sites/14/2014/10/PROCOLO-DE-MANUSEIO-M%C3%8DNIMO-UNIDADE-NEONATAL-1-1-1.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

ROCHA, A. M.; CHOW-CASTILLO, L. A. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Revista Científica Educandi & Civitas**, v. 3, n. 1, p.1-16, 2020. Disponível em:
 <<http://162.241.180.121/~educandiecivitas/index.php/educandiecivitas/article/view/34>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SALES, I. M. M. *et al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, e20180149, 2018. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400234&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2020. Epub Dec 03, 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0149>.

SHATTNAWI, K. K.; AL-ALI, N. *The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 46, p.24-28, maio 2019. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.02.005>.

SILVA, P. C. da *et al.* Influência da idade materna nas condições perinatais em nascidos vivos de São Luís, Maranhão. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 12, p.291-298, 2020. Disponível em:
 <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8618/pdf_1>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUZA, A. K. da C. M. *et al.* Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 53-60, Feb. 2018. Available from:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000100053&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182018317>.

TESTONI, T. T.; AIRES, L. C. dos P. O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, n. -, p.1-10, 2018. Disponível em:
 <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497956940010/497956940010.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

WHO. Preterm Birth. **World Health Organization**, 19 de Fev de 2018. Disponível em:
 <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 29 Jan 2020

5 CONCLUSÕES

O MC, na visão brasileira, vai muito além do CPP, sendo uma política de atenção humanizada ao RN de baixo peso e sua família. Neste estudo pode-se conhecer um pouco da população atendida em uma unidade neonatal centro de referência para o Método Canguru no Brasil e como se dá o CPP nos diferentes ambientes da unidade (UTIN, UCINCo e UCINCa).

Durante o período de um ano, 42 RN se encaixavam nos critérios de inclusão ($\leq 1800g$), porém, apenas 29 permaneceram no estudo. Em sua grande maioria, os RN eram do sexo masculino, com idade gestacional variando de 26 semanas e dois dias até 36 semanas e três dias e com variação de peso de 830g a 1790g, atendendo assim desde o RNPT mais extremos até os tardios.

Relacionado às características maternas, a média de idade foi de 29,2 anos, a maioria possuía ou estava concluindo o ensino médio, eram de classe média e quase todas possuíam um companheiro. Ao se tratar do pré-natal, todas realizaram, mas foram poucas que atingiram o número mínimo de consultas preconizado e mais de 75% tiveram intercorrências na gestação.

O tempo médio de internação dos RN foi de 40,9 dias, e quase todos os RNPT passaram pela UCINCa (n= 26). No caso dos outros três RNPT, as mães não possuíam disponibilidade para permanecer na UCINCa devido a outro filho em casa.

No que concerne ao tempo e frequência de CPP, o início deste contato ocorre, em sua maioria, após o quinto dia de vida. Ao se tratar da primeira etapa do Método a frequência de realização deste contato foi de uma vez por dia e o tempo de duração médio foi de 120 minutos. Na segunda etapa, onde segundo a norma, os RN deveriam permanecer em CPP com suas mães pelo maior tempo possível, os dados pouco variaram (frequência 1,60/dia e tempo de CPP 145,67 minutos). Percebe-se que os índices ainda são baixos, ao se tratar de um centro de referência para o MC, e há pouca diferença nestas variáveis entre a primeira e segunda etapa, mesmo sabendo do baixo custo e dos diversos benefícios desta prática.

Outro fator que encontramos em desacordo com as normas propostas pelo Ministério da Saúde é o peso de alta, tanto da primeira para a segunda etapa quanto para a alta hospitalar. Considerando os inúmeros benefícios desta prática e a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro, esperávamos que esta prática fosse mais estimulada/realizada no cotidiano de cuidado da unidade neonatal. Os RN nesta unidade recebem alta com um peso muito maior (média 2281,6g) do que o preconizado pelo Ministério da Saúde (1600g). Um fator positivo

avaliado foi o índice de AME desses RN na alta, corroborando com a literatura que aponta o MC como um facilitador para o aleitamento materno.

O MC é uma alternativa simples e de baixo custo, possível de se realizar em qualquer unidade neonatal, visto que não demanda grandes tecnologias. A literatura já traz os diversos benefícios desta prática, portanto, os profissionais devem se instrumentalizar e disseminar este Método, incentivando as mães a realizarem o CPP.

Como limitação do estudo, aponto o número pequeno de participantes, não podendo ser possível as correlações inicialmente planejadas. A unidade estar passando por processos de alocação de novos funcionários também, pode ter interferido no desenvolvimento da pesquisa, uma vez que nem sempre os novos funcionários estavam preparados para atender às famílias e estimular o CPP, pois muitas vezes não tinham experiência com o MC e desconheciam os benefícios desta prática. Um outro fator limitador foi ser um estudo transversal que utilizou informações referidas pelas mães.

Ao fim deste percurso gostaria de mencionar que realizar esta pesquisa foi me reencontrar no mestrado e na pesquisa, visto que fui remanejada para outro grupo de pesquisa com temática totalmente oposta ao que já vinha construindo e trabalhando ao longo da vida acadêmica. Poder voltar a estudar, ler e pesquisar sobre um assunto que você tem prazer é diferente, o trabalho flui. Um desafio foi mergulhar de cabeça em uma pesquisa quantitativa, sem muita base, mas com muita vontade de aprender e com pessoas maravilhosas para ajudar. Outro desafio foi treinar, supervisionar, acompanhar e coordenar as bolsistas de extensão e iniciação científica para que a coleta de dados e o preenchimento do banco ocorresse de forma correta.

Com a finalização deste estudo surgem novos questionamentos como: Por que o CPP não é realizado com tanta frequência? O que faz a sua adesão ser tão baixa? O que impede a realização deste contato? Como motivar/preparar a equipe para orientar e estimular essa família a realizar a posição canguru? Essas mães estão sendo bem orientadas para a alta precoce? Quais são os fatores que estão impedindo essa alta precoce?

Portanto, sugere-se que mais estudos sejam feitos a fim de conhecer melhor a realidade da unidade e compreender o porquê de alguns fatores não estarem de acordo com a norma. Recomenda-se também estudos sobre outras realidades dos centros de referência do MC, como também de outras unidades neonatais no Brasil, para que se possa avaliar melhor esta intervenção e especialmente os desfechos neonatais a partir desta prática.

REFERÊNCIAS

- ACHARYA, N. et al. *Randomized Control Trial of Kangaroo Mother Care in Low Birth Weight Babies at a Tertiary Level Hospital*. **Journal of Nepal Paediatric Society**, v. 34, n. 1, p.18-23, 24 mar. 2014. Nepal Journals Online (JOL).
<http://dx.doi.org/10.3126/jnps.v34i1.8960>.
- ACUÑA-MUGA, J. et al. Volume of Milk Obtained in Relation to Location and Circumstances of Expression in Mothers of Very Low Birth Weight Infants. **Journal Of Human Lactation**, v. 30, n. 1, p.41-46, 8 nov. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1177/0890334413509140>.
- AHUMADA-BARRIOS, M. E.; ALVARADO, G. F. *Risk Factors for premature birth in a hospital*. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016.
<Http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>.
- ALMEIDA, B. B. P. de et al. Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco. **Revista Nursing**, v. 21, n. 247, p.2506-2512, 2018. Disponível em:
 <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg67.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.
- ALMEIDA, P. V. B. Prefácio. In: SANCHES, Maria Teresa Cera et al (org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.
- ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. de L. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1479-1488, 201. Available from
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700083>. Access on 10 Feb. 2020.
- ALVES, F.N. et al. Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil - Uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, fev. 2019.
- AMARAL, D. A., ALMEIDA, M. D. A., GREGÓRIO, E. L. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de prematuros inseridos no Método Mãe Canguru. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, p. 57-63, 2015.
- ARAÚJO, C. L. de et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.301-307, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000100035>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Critério de classificação econômica Brasil. Belo Horizonte, 2014. Disponível em:
 <www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=2>. Acesso em: 10 maio. 2019.

AZEVEDO, V. M. G. de O.; XAVIER, C. C.; GONTIJO, F. de O. *Safety of Kangaroo Mother Care in Intubated Neonates Under 1500 g.* **Journal Of Tropical Pediatrics**, v. 58, n. 1, p. 38-42, 20 abr. 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/tropej/fmr033>.

AZEVEDO, V. M. G. de O.; DAVID, R. B.; XAVIER, C. C. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 133-138, June 2011. Available from <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000200004>. access on 19 Apr. 2020.

BLENCOWE, H et al. *National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications.* **Lancet**, v. 9832, n. 379, p.2162-2172, 2012.

BOO, N.; JAMLI, F. M. *Short duration of skin-to-skin contact: Effects on growth and breastfeeding.* **Journal of Paediatrics And Child Health**, v. 43, n. 12, p.831-836, dez. 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01198.x>.

BOUNDY, E. O. et al. *Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis.* **Pediatrics**, v. 137, n. 1, p.1-16, 23 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-2238>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lei nº 8.069, de 13 de jul. de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Secretaria de Atenção a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru**. 3ª Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, p. 304, 2017.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado/>

CARDOSO, A. C. A. *et al.* Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Sanches3/publication/238095916_El_Metodo_Madre-Canguru_aspectos_actuales_The_Kangaroo_Mother_Care_Method_state_of_art/links/547320ba0cf216f8cfae9d2e/El-Metodo-Madre-Canguru-aspectos-actuales-The-Kangaroo-Mother-Care-Method-state-of-art.pdf . Acesso em: 17 out. 2018.

CHAGAS, M. A. *et al.* Percepção das mães acerca da vivência do método canguru. **Revista Eletrônica de Fainor**, Vitória da Conquista, v. 10, n. 3, p.424-435, 2017. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/689/357>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CHARPAK, N. *et al.* *Kangaroo Mother Care: 25 years after*. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 5, p.514-522, 1 maio 2005. <http://dx.doi.org/10.1080/08035250510027381>.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-123, 23 ago. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002771.pub4>.

CUNNINGHAM, C. *et al.* *Does Kangaroo care affect the weight of preterm/low birth-weight infants in the neonatal setting of a hospital environment?* **Journal of Neonatal Nursing**, v. 24, n. 4, p.189-195, ago. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2017.10.001>.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308>>. Acesso em: 07 fev. 2020. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.2.2016.308>.

DATASUS. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DELGADO, B. S. **Estratégias de cuidado para contenção do recém-nascido: experiência dos centros de referência do método canguru no Brasil**. 2017. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

DIAS, J. P. V. *et al.* Perfil clínico de neonatos internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 10, p.22296-22309, 2019.

DODD, V. L. *Implications of Kangaroo Care for Growth and Development in Preterm Infants*. *Jognn*, v. 34, n. 2, p.218-232, 2005.

DOS SANTOS, L. M. *et al.* Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3504-3514, feb. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i1.3504-3514>. Acesso em: 22 oct. 2018.

ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7., 2011, Maringá. **Influência do perfil sócio demográfico materno nos prematuros nascidos no município de Maringá-PR**. Maringá: Cesumar, 2011. 5 p. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/willian_augusto_melo\(3\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/willian_augusto_melo(3).pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2020.

EVEREKLIAN, M.; POSMONTIER, B. *The Impact of Kangaroo Care on Premature Infant Weight Gain*. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 34, p.10-16, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.006>.

FARIAS, S. R. *et al.* Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p.1-11, 12 jun. 2017. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38433>.

FARIAS, L. M. *et al.* Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 12, n. 4, 2011.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 7, n. 1, p.6-12, 28 mar. 2018. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159>.

FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. 30 de nov. de 2016. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

FUNCHAL, Ana Luísa. **Maternidade do Hospital Universitário completa 15 anos de criação com reconhecimento de excelência em nível nacional**. Florianópolis: Notícias da UFSC, 2010. Disponível em: <<http://noticias.ufsc.br/2010/10/maternidade-do-hospitaluniversitariocompleta-15-anos-de-criacao-com-reconhecimento-de-excelencia-em-nivelnacional>>. Acesso em: 08 out. 2018. Acesso em: 08 out. 2018.

GATHWALA, G.; SINGH, B.; SINGH, J. *Effect of Kangaroo Mother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability*. **Tropical Doctor**, v. 40, n. 4, p.199-202, 2010. <http://dx.doi.org/10.1258/td.2010.090513>.

GHAVANE, S. *et al.* *Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants*. **Acta Paediatrica**, v. 101, n. 12, p.545-549, 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12023>.

GOMES, M. A. de S. M. Método Canguru no contexto das políticas públicas para atenção à gestação, parto, nascimento e recém-nascido no Brasil. In: SANCHES, M. T. C. et al (Org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. Cap. 2. p. 31-48.

GOMEZ, H.M., REY SANABRIA, E., MARQUETTE, C.M. *The mother kangaroo programme*. **International Child Health**, v.3, p. 55-67, 1992.

GONTIJO, T. L. *et al.* *Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method*. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 1, p.33-39, 11 fev. 2010. *Jornal de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1968>.

GONUGUNTLA, Y.; METGUD, T.; MAHANTSHETTI, N. *Effectiveness of kangaroo mother care in the management of twin low birth weight neonates: nonrandomized open control trial*. **Iranian Journal Of Neonatology Ijn**, v. 9 n. 3 , p.1-8, maio 2018. Mashhad University of Medical Sciences. <http://dx.doi.org/10.22038/ijn.2018.29036.1391>.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2020.

HACKBARTH, B. B. *et al.* Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 353-358, Aug. 2015. Available from <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005338>. access on 21 Apr. 2020.

HAKE-BROOKS, S.; ANDERSON, G. C. *Kangaroo Care and Breastfeeding of Mother–Preterm Infant Dyads 0–18 Months: A Randomized, Controlled Trial*. **Neonatal Network**, Salt Lake City, v. 27, n. 3, p.151-159, maio 2008. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.27.3.151>.

HECK, G. M. M. *et al.* Compreensão do sentimento materno na vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p.71-83, 30 mar. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218083>.

HEIDARZADEH *et al.* *The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge*. **Iran Red Crescent Med J**, v. 15, n. 4, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem metodológica**. 3. ed. Sl: Artmed, 2015.

JAYARAMAN, D. et al. *Randomized Controlled Trial on Effect of Intermittent Early Versus Late Kangaroo Mother Care on Human Milk Feeding in Low-Birth-Weight Neonates*. **Journal Of Human Lactation**, v. 33, n. 3, p.533-539, 2 fev. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334416685072>.

KASHANINIA, Z.; DEGHAN, M. *The Effect of Kangaroo Care on Weight Gain of Premature Neonates in Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units*. **Biosciences Biotechnology Research Asia**, v. 12, n. 2, p.1405-1410, 30 ago. 2015. Oriental Scientific Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1799>.

LAMY, Z. C., et al. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAMY FILHO, F. et al. *Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil*. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p.428-435, 13 out. 2008. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1821>

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em 10 fev. 2020.

LAWN, J. et al. *Born Too Soon: Care for the preterm baby*. **Reproductive Health**, v. 10, n. 1, p.1-19, 2013. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-10-s1-s5>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-10-S1-S5> . Acesso em: 17 out. 2018.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 12, p. 18-24, 2003.

LEONE, C.R., RAMOS, J. L. A., VAZ F. A. C. O recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, E., organizador. **Pediatria básica: pediatria clínica especializada**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2004. p. 348-54.

LOPES, T. R. G. et al. Vivência de pais com o Método Canguru: revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 20, p.1-9, 25 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041687>.

LOUGHLIN, G. M. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants*. **International Journal of Nursing Practice**, v. 24, n. 1, p.1-2, 16 maio 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12541>.

MAIA, F. de A.; AZEVEDO, V. M. G. de O.; GONTIJO, F. de O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 3, n. 23, p.370-373, ago. 2011. MARCUARTÚ, A. C.; MALVEIRA, S. S. Perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso internados em unidade de cuidados intensivos neonatais. **Revista Brasileira de**

Ciências da Saúde, v. 21, n. 1, p.5-10, 23 nov. 2016. Portal de Periódicos UFPB.
<http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n1.28551>.

MELO, W. A.; CARVALHO, M. D. de B. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no sul do Brasil. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 2, p.398-409, 2014.

MONTEIRO, L. M. *et al.* Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: recomendações baseadas em evidências. **Revista Enfermagem Atual**, v. 27, n. 88, p.1-7, 2019. Disponível em: <<http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/258/462>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

MONTENEGRO, C A B; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 2, p. 201-208, June 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200201&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200006>.

MWENDWA, A.C.; MUSOKE, R.N.; WAMALWA, D.C. *Impact of partial kangaroo mother care on growth rates and duration of hospital stay of low birth weight infants at the Kenyatta national hospital, Nairobi.* **East African Medical Journal**, v. 89, p.53-58, 2012.

NUNES, C. R. do N. et al. Relação da duração da posição canguru e interação mãe-filho pré-termo na alta hospitalar. **Rev. Paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 136-143, June 2017. Available from <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017/35;2;00006>. access on 13 Apr. 2020.

NYQVIST, K. *et al.* *State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment.* **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 6, p.812-819, 8 mar. 2010. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x>. Acesso em: 22 out. 2018.

OLIVEIRA, C. de S. *et al.* Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. **Abcs Health Sciences**, v. 40, n. 1, p.28-32, 3 maio 2015b. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i1.700>.

OLIVEIRA, N. D. de *et al.* (org.). Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. In: SANCHES, Maria Teresa Cera et al (org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015a. p. 261

OMS. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 7 de Nov. de 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres>

[-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820](#) >. Acesso em: 29 jan. 2020.

OPAS. Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 13 de dez. de 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5821:quase-30-milhoes-de-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-de-tratamento-para-sobreviver-todos-os-anos&Itemid=820>. Acesso em: 29 jan 2020.

ORSI, K. C. S. C. *et al.* Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Rev Esc Enferm LISP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 550-555, maio 2015.

PENHA, S. da C. *et al.* Fatores de risco maternos associados à prematuridade em uma maternidade escola. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p.43-51, 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1373/698>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PEREIRA, S. S. M. *et al.* *Profile of the Pregnant Women Affected by Preterm Birth in a Public Maternity Hospital*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p.758-763, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.758-763>.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROTOCOLO de manuseio mínimo para recém-nascidos. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/unidade-neonatal/wp-content/uploads/sites/14/2014/10/PROTOCOLO-DE-MANUSEIO-M%C3%8DNIMO-UNIDADE-NEONATAL-1-1-1.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

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

RAO, S.; UDANI, R.; NANAVATI, R. *Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial*. **Indian Pediatrics**, v. 45, p.17-23, 2008.

ROCHA, A. M.; CHOW-CASTILLO, L. A. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Revista Científica Educandi & Civitas**, v. 3, n. 1, p.1-16, 2020. Disponível em: <<http://162.241.180.121/~educandiecivitas/index.php/educandiecivitas/article/view/34>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

RODRIGUES, M. A. G.; CANO, M. A. T. 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, p.185-191, 2006.

RODRIGUES, V. B. M.; BELHAM, A. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal do Hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 4, n. 46, p.43-49, 2017. Disponível em:

<<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/188/203>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

RUGOLO, L. M. S. S. **Manual de neonatologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

SALES, I. M. M. *et al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.22, n.4, e20180149, 2018. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400234&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2020. Epub Dec 03, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0149>.

SAMRA, N. M.; TAWHEEL, A. E.; CADWELL, K. *Effect of Intermittent Kangaroo Mother Care on Weight Gain of Low Birth Weight Neonates With Delayed Weight Gain*. **The Journal of Perinatal Education**, v. 22, n. 4, p.194-200, 2013. Springer Publishing Company.

<http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.4.194>.

SANTOS, A. C. *et al.* Método mãe canguru em recém-nascidos prematuro. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p.35-39, 2020. Disponível em:

<<http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/349/116>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SANTOS, L. *et al.* Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 1, n. 5, p.3504-3514, 1 jan. 2012. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3504>.

SARPARAST, L. *et al.* *The Effect of Kangaroo Mother Care on Neonatal Outcomes in Iranian Hospitals: a Review*. **Journal of Pediatrics Review**, v. 3, n. 1, p.2-9, 20 jan. 2015.

Negah Scientific Publisher. <http://dx.doi.org/10.5812/jpr.195>.

SINASC. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. DATASUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

SHARMA, D.; MURKI, S.; PRATAP, O. T. *The effect of kangaroo ward care in comparison with “intermediate intensive care” on the growth velocity in preterm infant with birth weight: randomized control trial*. **European Journal of Pediatrics**, v. 175, n. 10, p.1317-1324, 26

ago. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-016-2766-y>.

SHATTNAWI, K. K.; AL-ALI, N. *The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 46, p.24-28, maio 2019. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.02.005>.

SHATTNAWI, K. K.; AL-ALI, N. *The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study*. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 46, p.24-28, maio 2019. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.02.005>.

SILVA, P. C. da *et al.* Influência da idade materna nas condições perinatais em nascidos vivos de São Luís, Maranhão. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 12, p.291-298, 2020. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8618/pdf_1>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUZA, A. K. da C. M. *et al.* Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 53-60, Feb. 2018. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000100053&lng=en&nrm=iso>. access

on 04 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182018317>.

SOUZA, L. F.; BOTELHO, N. M. Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pretermo. *Revista Paraense de Medicina*, v. 25, n. 1, p.28-33, 2012.

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3056.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 28 v. 18, n. 4, p. 647-656, dec. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400007>. Acesso em: 22 out. 2018.

SUBEDI, K.; ARYAL, D. R.; GURUBACHARYA, S. M. *Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Babies: a prospective observational study*. *J. Nepal Paediatr*, v. 29, n. 1, p.6-9, 2009.

SUMAN, R P; UDANI, R; NANAVATI, R. *Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial*. *Indian Pediatrics*, Mumbai, v. 1, n. 45, p.17-23, jan. 2008. Disponível em: <http://www.indianpediatrics.net/jan2008/17.pdf> . Acesso em: 09 nov. 2018.

TESTONI, T. T.; AIRES, L. C. dos P. O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 2, n. -, p.1-10, 2018. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497956940010/497956940010.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

TORRES, J. *et al.* Programa Madre Canguru: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Colômbia Médica*, Sl, v. 37, n. 2, p.96-101, 2006.

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

VILLAR, J et al. *The objectives, design and implementation of the INTERGROWTH-21stProject*. **International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, p. 9-26, 17 maio 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12047>.

WHO. Preterm Birth. **World Health Organization**, 19 de Fev de 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 29 Jan 2020

ZIRPOLI, D. B. *et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review*. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p.547-554, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PROJETO MULTICÊNTRICO: EFEITO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO CONTATO PELE A PELE SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa “EFEITO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO CONTATO PELE A PELE SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO”, dos pesquisadores Fernando Lamy Filho, Zeni Carvalho Lamy, Marivanda Julia Furtado Goudard, Patrícia Franco Marques, Marynea Silva do Vale, Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana, Sérgio Tadeu Martins Marba, **Roberta Costa**, Arnaldo Costa Bueno, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo e Geisy Maria Souza de Lima.

O objetivo desta pesquisa se destina a conhecer o tempo mínimo do contato pele a pele, realizado entre a mãe/pai e seu bebê, que possa ser recomendado para alcançar os benefícios dessa prática nos resultados clínicos favoráveis de recém-nascidos com baixo peso (<2500 gramas) que internarem em unidade neonatal.

O contato pele a pele consiste em posicionar verticalmente o bebê em contato com o tórax da mãe ou do pai, livre de roupas, pelo tempo que for prazeroso para ambos. Essa prática faz parte do Método Canguru, cuja política tem por princípio a assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso em nosso país. A todos os bebês internados nesta unidade de saúde será oferecido o uso dessa prática, na medida em que estiverem em condições clínicas, definidas pela equipe de saúde, e cuja mãe ou pai aceitar em participar.

Nesta pesquisa você será entrevistada pelos pesquisadores e precisará responder algumas perguntas. Estaremos também acessando o seu prontuário para obter informações sobre seu pré-natal e dados do parto e do seu bebê para coleta dos dados referentes à evolução de sua internação. Esta pesquisa poderá expor vocês a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, você terá a garantia de total sigilo de sua identificação e do seu bebê, pois nos comprometemos a anotar somente as iniciais de seu nome nos formulários de coleta de dados. Esses dados serão utilizados para fins exclusivamente científicos, além disso, serão guardados em local seguro, onde somente os pesquisadores terão acesso aos mesmos.

O momento da entrevista pode deixar você desconfortável, cansada ou triste em decorrência de fazê-la lembrar da situação atual de que o seu bebê se encontra internado em uma Unidade Neonatal, inspirando cuidados especiais. Caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e se desejar, poderá ser reiniciado no mesmo dia ou em outro dia. Para ser reiniciada no mesmo dia, retomaremos apenas quando você der a permissão para isso. Poderá contar também com apoio psicológico, se necessitar.

Quando a equipe de saúde definir que seu bebê possui condições clínicas adequadas para realizar o contato pele a pele, você será estimulada a fazê-lo. Com a ajuda de um membro dessa equipe, o seu bebê será retirado da incubadora ou do berço, em que estiver, para ser colocado junto ao seu tórax livre de roupa, numa posição vertical, somente de fraldas, envolvido por uma faixa própria para esse fim ou similar com essa função, apoiado por seus braços. Será aconselhado a você que permaneça sentada de forma confortável para essa prática. Todos os dias você receberá uma caneta e um cartão padronizado, a fim de registrar, a hora de início e do término, toda vez que fizer esse contato com seu filho(a). Será também registrado neste cartão, o horário do contato pele a pele do pai com o bebê, quando houver. Esse registro pode ser feito por você, pelo pai da criança, por seu responsável legal, por um membro da equipe de saúde ou pelos auxiliares da pesquisa.

Os riscos do contato pele a pele para o seu bebê, durante a internação, são os mesmos riscos que qualquer neonato prematuro e/ou de baixo peso estão submetidos (mesmo com o tratamento convencional dentro da incubadora): fazer apneia (esquecer de respirar), ter refluxo (vômitos) ou ficar cianótico (cor da pele rouxinha). Para a prevenção desses riscos, a prática do contato pele a pele será supervisionada por um membro da equipe de saúde ou por um auxiliar da pesquisa. No entanto qualquer intercorrência que ocorra durante esse contato será atendida pela equipe multiprofissional do plantão da unidade neonatal, que possui treinamento e recursos técnicos suficientes para resolução dessas demandas.

Este estudo prevê como benefício direto a você uma assistência de saúde humanizada, com maior estimulação da participação dos pais no cuidado com seu filho(a), maior taxa de sucesso de aleitamento materno à alta hospitalar, reduzir os níveis de estresse e dor do seu bebê dentro da unidade neonatal, melhorar o seu ganho de peso, além de lhe possibilitar uma alta hospitalar mais precoce com provável menor tempo de internação.

A sua participação nos ajudará a encontrar evidências científicas associadas ao tempo de exposição ao contato pele a pele para se observar efeitos positivos na evolução de bebês de baixo peso que internarem em uma unidade neonatal. Também se almeja descobrir o tempo mínimo de contato diário a ser realizado para que se observem esses resultados específicos.

A coleta de dados dessa pesquisa começará em outubro de 2018 e terminará em dezembro de 2019. Após a alta hospitalar, seu filho(a) será acompanhado(a) pela equipe de saúde, a nível ambulatorial, retornando uma vez por semana, até completar os 2.500 gramas de peso corporal. Em média, os bebês retornam por três vezes nessa etapa.

Bebês prematuros são os que nascem antes de completar 37 semanas de gestação. Se o seu filho(a) nasceu prematuro(a), você deverá descontar da idade dele o tempo que faltou para completar 40 semanas de gestação, momento em que ele deveria ter nascido. Feito esse ajuste, assim que ele(a) completar 6 meses de idade será novamente convocado pela equipe para uma

avaliação completa do seu neurodesenvolvimento, aplicando-se um instrumento específico para esse fim, por profissional treinado.

As crianças que apresentarem déficit de neurodesenvolvimento, durante esta avaliação, serão encaminhadas para acompanhamento com profissionais especializados.

A participação nesta pesquisa não trará a você nenhuma despesa e você não receberá qualquer pagamento por isso. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, você terá a garantia de ressarcimento. Caso sejam identificados possíveis danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios provenientes desta pesquisa, você tem assegurado ainda o direito de buscar, por vias judiciais, a indenização.

Você tem plena liberdade de aceitar ou se recusar a participar da pesquisa e poderá retirar seu consentimento ou ainda interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo no tratamento de seu filho(a) ou modificação na forma como vocês são atendidos neste hospital. Há a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da mesma.

A qualquer momento durante a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador principal Fernando Lamy Filho, cujo endereço é a rua 11, quadra E, número 13, Jardim Coelho Neto, Calhau, CEP: 65071430, telefone 98 32482421. Poderá ainda consultar o CEP/HUUFMA-Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa, de segunda a sexta, das 8h às 17h, pelo telefone: (98) 2109-1250; Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA. Também poderá fazer contato com a pesquisadora responsável pelo projeto no HU-UFSC, profa. Dra. Roberta Costa pelo telefone (48) 3721-2765 ou por e-mail roberta.costa@ufsc.br.

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, em observância à Resolução CNS nº 466/12.

Caso você aceite participar desta pesquisa, você ou seu responsável legal e os pesquisadores responsáveis pelo estudo assinarão duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo no atendimento do meu filho(a), neste serviço. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, _____ de _____ de 201_____

Assinatura do pesquisador do estudo	Assinatura do participante da pesquisa ou representante legal

1.() Sim 2.() Não 9.() Ignorado	1.() Sim 2.() Não 9.() Ignorado
--	--

Teve infecção na gestação: 1.() Sim 2.() Não 9.() Ignorado	Quanto tempo de rotura das membranas ovulares (em horas): _____	Tipo de parto: 1.() Vaginal 2.() Cesário 9 () Ignorado
Teve outra doença exantemática na gestação: 1.() Sim 2.() Não 9.() Ignorado	Usou corticoide antenatal: 1.() Sim 2.() Não 8 () Não se aplica 9.() Ignorado	Usou sulfato de magnésio antenatal: 1.() Sim 2.() Não 8 () Não se aplica 9.() Ignorado

BLOCO D: DADOS MATERNOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade:	Profissão:
Raça/cor: 1() Branca 2() Parda 3() Negra 4() Outra	Situação conjugal: 1() Casada 2() União estável 3() Sem companheiro 9() Ignorado
Religião: 1() Nenhuma 2() Católica 3() Evangélica 4() Espírita 5() Outra	A mãe teve filho anterior com Baixo Peso (<2500g)? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não se aplica 9.() Ignorado

Escolaridade (anos de estudo): _____ Classificação pelo IBGE, 2010 1.() sem instrução/fundamental incompleto 2.() fundamental completo/ensino médio incompleto 3.() ensino médio completo/ensino superior incompleto 4.() ensino superior completo 9.() Ignorado	Local no qual a mãe se hospedou após a alta do ALCON: 1.() Foi direto para a UCINCA; 2.() Se hospedou em casa de apoio mãe-bebê ou similar próximo ao hospital; 3.() Em domicílio próprio ou de parentes na cidade do hospital com facilidade de transporte; 4.() No município onde se localiza o hospital, porém sem facilidade de transporte 5.() Retornou para o município de origem (longe do hospital) 6.() Recebeu o RN no ALCON 9.() Ignorado
--	--

A mãe conhecia o Método Canguru antes da internação:	1. () Sim 2. () Não 9. () Ignorado
Classe econômica:	1. () A 2. () B1 3. () B2 4. () C1 5. () C2 6. () D-E 9. () Ignorado

BLOCO G: EVOLUÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL

Tempo, em dias de uso, de Ventilação Mecânica Invasiva:	Tempo, em dias de uso, de VPPI:	Tempo, em dias de uso, de CPAP nasal:
Tempo, em dias de uso, de oxihood:	Tempo, em dias de uso, de cateter nasal com oxigênio:	
SISTEMA NERVOSO		
Fez neuroproteção: 1. () Sim 2. () Não 8. () Não se aplica 9. () Ignorado		

INFECÇÃO PRECOCE	INFECÇÃO TARDIA
Infecção precoce: 1. () Sim 2. () Não 9. () Ignorado	Infecção tardia: 1. () Sim 2. () Não 9. () Ignorado
Dados de alta da primeira etapa	
Data da alta: / /	Idade:
Idade Gestacional Corrigida:	Peso:
Dieta do neonato: 1. () Seio materno livre; 2. () Seio materno para estímulo + complemento via sonda; 3. () Seio materno + complemento via oral; 4. () Via oral + via sonda; 5. () Via sonda;	
BLOCO H: DADOS DA ALTA DA UNIDADE NEONATAL	
Data da alta: / /	Idade:
Idade Gestacional Corrigida:	Peso:
Comprimento:	Perímetro cefálico:
Dieta do neonato: 1. () Aleitamento materno exclusivo 2. () Leite materno e fórmula complementar 3. () Somente fórmula: _____	
Tempo total de internação (dias):	Tempo de internação na UTIN:
Tempo de internação na UCINCO:	Tempo de internação na UCINCA:

**ANEXO D - QUESTIONÁRIO DO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
ECONÔMICA BRASIL***

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Da pessoa com maior renda do domicílio.

*Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, em 2014, www.abep.org, abep@abep.org

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO CONTATO PELE A PELE SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83803817.0.2002.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.657.447

Apresentação do Projeto:

"EFEITO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO CONTATO PELE A PELE SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESOO". Diversos estudos têm demonstrado que o contato pele a pele entre pai ou mãe e seu recém-nascido em Unidades Neonatais está associado com desfechos neonatais favoráveis para quem o utiliza, no entanto, o tempo de exposição necessário desse contato para se observar esses desfechos permanece carente de maiores investigações. Este projeto pretende aferir o tempo de contato pele a pele praticado em recém-nascidos de baixo peso em sete instituições de ensino, em diferentes estados brasileiros e observar os efeitos de resultados neonatais encontrados. Trata-se, portanto, de um estudo multicêntrico, observacional tipo coorte prospectivo, envolvendo sete serviços de Unidades Neonatais: a do centro coordenador Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - da Universidade de Campinas – Unicamp, do Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense - UFF e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.447

-Avaliar a relação entre o tempo de permanência do recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele e variáveis de resultados neonatais.

Objetivo Secundário:

-Verificar a associação e/ou o efeito causal entre o tempo de permanência do recém-nascido em contato pele a pele, durante a internação, bem como na terceira etapa do Método Canguru, sobre os desfechos de resultados observados (percentual de aleitamento materno exclusivo e/ou qualquer amamentação à alta hospitalar e até o sexto mês de IGC; -Evolução das características antropométricas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-Riscos:

O pesquisador relatou como riscos "Esta pesquisa poderá expor aos voluntários a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, os mesmos terão garantia de total sigilo em suas identificações, pois os pesquisadores se comprometem a anotar somente as iniciais do nome da mãe nos formulários de coleta de dados. Esses dados serão utilizados para fins exclusivamente científicos, além disso, serão guardados em local seguro, onde somente os pesquisadores terão acesso aos mesmos. O momento da entrevista pode deixar a mãe voluntária, cansada ou triste em decorrência de fazê-la relembrar da situação atual do seu bebê, internado em uma Unidade Neonatal, inspirando cuidados especiais. Caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e reiniciada em outro dia. Para ser reiniciada no mesmo dia, será necessária a permissão da participante em retomar a entrevista. Será também oferecido apoio psicológico para a participante, quando necessário. Os riscos do contato pele a pele para o recém-nascido, durante sua

internação, são os mesmos riscos que qualquer neonato prematuro e/ou de baixo peso estão submetidos (mesmo com o tratamento convencional dentro da incubadora): fazer apnéia (esquecer de respirar), ter refluxo (regurgitar ou vomitar) ou ficar cianótico (com cor da pele rouxinha). Para a prevenção desses riscos, a prática do contato pele a pele será supervisionado por um membro da equipe de saúde ou por um auxiliar da pesquisa. No entanto qualquer intercorrência que ocorra durante esse contato será atendida pela equipe multiprofissional do plantão da unidade neonatal, que possui treinamento e recursos técnicos suficientes para resolução dessas demandas".

-Benefícios:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.447

O pesquisador relatou como benefícios "Este estudo prevê como benefício direto aos participantes, uma assistência de saúde humanizada, com maior estimulação da participação dos pais no cuidado com o seu bebê, maior taxa de sucesso de aleitamento materno à alta hospitalar, reduzir os níveis de estresse e dor do recém-nascido

dentro da unidade neonatal, melhorar o ganho de peso do bebê, além de possibilitar uma alta hospitalar mais precoce com provável menor tempo de internação na Unidade Neonatal. Também como benefício direto, os bebês que retornarem para a avaliação do neurodesenvolvimento aos seis meses de idade corrigida, serão encaminhados para reabilitação por profissionais especializados dentro deste serviço, caso apresentem algum déficit nessa avaliação. Os benefícios advindos dessa participação para a comunidade geral e científica será na busca de evidências que associem o tempo de exposição ao contato pele a pele com resultados neonatais positivos na evolução de bebês de baixo peso internados em Unidades Neonatal do nosso país. Também almeja-se descobrir o tempo mínimo de contato diário a ser realizado para que se observe esses resultados específicos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um estudo multicêntrico, observacional tipo coorte prospectivo, envolvendo sete serviços de Unidades Neonatais: a do centro coordenador Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - da Universidade de Campinas – Unicamp, do Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense - UFF e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC através da pesquisadora Profa. Dra. Roberta Costa (Programa de Pós Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Este projeto pretende aferir o tempo de contato pele a pele praticado em recém-nascidos de baixo peso em sete instituições de ensino, em diferentes estados brasileiros e observar os efeitos de resultados neonatais encontrados. Trata-se, portanto, de um estudo multicêntrico, observacional tipo coorte prospectivo, envolvendo sete serviços de Unidades Neonatais utilizando instrumentos onde serão coletados dados dos pais e do recém-nascido a partir de sua internação na Unidade Neonatal. Serão avaliados um total de 1281 neonatos de baixo peso nas instituições do estudo, no período de 01/04/2018 a 01/04/219,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.447

sendo acompanhados após alta hospitalar no seguimento ambulatorial até o sexto mês de idade corrigida. A presente pesquisa pretende responder a seguinte questão: existe uma relação de causalidade e/ou associação entre o tempo de exposição do recém-nascido ao contato pele a pele e os efeitos positivos verificados nos principais desfechos neonatais, amplamente citados como evidências na literatura internacional. Pretende-se, com essa resposta, contribuir com uma maior regulamentação dessa prática dentro das Unidades Neonatais a fim de alcançar os benefícios dela advindos, visando também dar subsídio para o uso de tecnologias leves que interferem de forma positiva para a redução da morbimortalidade neonatal nessas Unidades. O estudo tem relevância científica, a documentação está completa e o TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Assim, o CEP/SH/UFSC recomenda a sua aprovação.

Estudo relevante pois os estudos têm demonstrado que o contato pele a pele entre pai ou mãe e seu recém nascido em Unidades Neonatais está associado com desfechos neonatais favoráveis para quem o utiliza, no entanto, o tempo de exposição necessário desse contato para se observar esses desfechos permanece carente de maiores investigações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word.

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.447

complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1103735.pdf	24/04/2018 16:22:40		Aceito
Folha de Rosto	Doc_Ro.pdf	24/04/2018 16:21:22	Roberta Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_WORD_CEP.doc	27/03/2018 12:19:17	Fernando Lamy Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL_PROJETO.pdf	27/03/2018 12:12:47	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	RESPOSTA_CEP.doc	09/02/2018 20:59:17	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIAS.doc	31/01/2018 10:59:28	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	ANUENCIA_UFF.pdf	31/01/2018 10:15:53	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_GESTOR_UFMA.pdf	31/01/2018 10:09:17	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	RESP_FINANCEIRA.pdf	31/01/2018 09:45:21	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	anuenciaufasca.pdf	07/12/2017 09:31:27	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	anuenciaufu.pdf	07/12/2017 09:06:58	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	anuenciaufmg.pdf	07/12/2017 08:58:30	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	Documento_IMIP.pdf	07/12/2017 08:55:45	Fernando Lamy Filho	Aceito
Outros	anuenciaunicamp.pdf	07/12/2017 02:09:30	Fernando Lamy Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.657.447

FLORIANOPOLIS, 16 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br