

O MÉTODO MÃE CANGURU EM UMA MATERNIDADE DO RIO DE JANEIRO 2000-2002: NECESSIDADES DA CRIANÇA E DEMANDA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS PAIS

THE KANGAROO MOTHER METHOD AT ONE MATERNITY CENTER IN RIO DE JANEIRO 2000-2002: CHILDREN'S NEEDS AND PARENTS' DEMANDS FOR HEALTH EDUCATION
EL MÉTODO MADRE CANGURO EN UNA MATERNIDAD DE RIO DE JANEIRO 2000-2002: LAS NECESIDADES DEL NIÑO Y LA DEMANDA DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA LOS PADRES

Ivone Evangelista Cabral¹, Elisa da Conceição Rodrigues²

¹ Doutora em Enfermagem. Pós-doutora da Division of Social and Transcultural Psychiatry of the McGill University, in Montreal, Québec/CA. Professora Adjunto IV do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pesquisadora do Núcleo de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Instituto Fernandes Figueira na Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ. Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do NUPESC.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pediátrica. Recém-nascido. Cuidado da criança.

RESUMO: A implementação do Método Mãe Canguru (MMC) em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, no período de 2000-2002, foi investigada com o objetivo de caracterizar os neonatos participantes das etapas intra-hospitalares e analisar as necessidades de cuidados especiais na alta hospitalar e as demandas dos pais para a educação em saúde. Este estudo exploratório-descritivo teve como fonte de dados os prontuários de 116 neonatos. Participaram do MMC neonatos prematuros e de baixo peso (87,9%). O tempo de internação variou de 8 a 56 dias nas etapas intra-hospitalares. A amamentação exclusiva atingiu 51,7% na primeira etapa, 93% na segunda e 15,1% na terceira (ambulatório). O menor peso para iniciar a segunda etapa correspondeu a 1.250g e a terceira a 1.800g; 84,9% apresentaram necessidades de cuidados especiais (de desenvolvimento, tecnológico e medicamentoso), os quais apontaram, na terceira etapa, para uma demanda de educação familiar sobre aleitamento materno e cuidados relativos às necessidades da criança.

KEYWORDS: Pediatric nursing. Newborn infant. Child care.

ABSTRACT: This study investigated the implementation of the Kangaroo Mother Method (KMM), at a Maternity Center in the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil from 2000 to 2002. The aims of this study were to characterize the neonate participants, and analyze their special healthcare needs and the parents' demands for health education. An exploratory and descriptive study was conducted and the data was gathered from charts of 116 neonates. The results showed that 87.9% were premature with very low birth weight; their length of hospital stay was from 8 to 56 days in neonatal intensive care and kangaroo mother unit; 51.7% were breastfeeding in the first stage, 93% in the second, and 15.1% in the third. The smallest weight for initiating the KMM first stage was 1,250g, and in the third one, 1,800 g; 84.9% of them required medication, developmental, technology, and an adaptation of everyday care. Thus, the demands for developing parents' health education should center on these children's healthcare needs.

PALABRAS CLAVE: Enfermería pediátrica. Recién nacido. Cuidado del niño.

RESUMEN: La implementación del Método Madre Canguru (MMC) en una maternidad pública de Rio de Janeiro durante el periodo de 2000 al 2002, se investigó teniendo como objetivos caracterizar a los neonatos participantes de las etapas intra-hospitalarias y analizar las necesidades de los cuidados especiales e las demandas para la educación en la salud de los padres. La investigación exploratoria-descriptiva fue realizada con los registros de la institución. La muestra fue constituida por 116 neonatos participantes en las tres etapas del MMC. Los prematuros y de bajo peso correspondieron al 87,9% de ellos. El tiempo de internación varió de 8 a 56 días en las etapas intra-hospitalarias. El menor peso para comenzar la segunda etapa fue de 1.250gr, y la tercera 1.800gr. Fueron amamantados un 51,7% de los neonatos en 1^{era} etapa, un 93% en la 2^{da}. y un 15,1% en la 3^{era}. El 84,9% presentaron necesidades con cuidados especiales (desarrollo, tecnológico y medicamentoso), indicando una demanda de intervención educativa para los padres acerca de la lactancia materna y las necesidades del recién nacido.

Endereço: Ivone Evangelista Cabral
R. Afonso Cavalcanti, 275
20.211-110 - Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ.
E-mail: icabral44@hotmail.com

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de maio de 2006.
Aprovação final: 25 de outubro de 2006.

A SOBREVIVÊNCIA DO NEONATO E O MÉTODO MÃE CANGURU

O componente neonatal exerce um importante impacto na mortalidade infantil, pois, dos 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso que nascem no mundo, um terço morre antes de completar um ano de vida. As afecções e infecções perinatais são as principais responsáveis pelo nascimento dessas crianças e, conseqüentemente, da mortalidade no período neonatal.¹

No Brasil, de todos os nascimentos registrados em 2002, o baixo peso e a prematuridade contribuíram com 8% e 6,4%, respectivamente. Nove em cada 10 crianças nasceram com peso inferior a 1.000 g. As causas perinatais foram responsáveis por 61,5% das mortes e a segunda causa de hospitalização (26,7%) nos primeiros 30 dias de vida.²

Conseqüentemente, quanto menor o peso do neonato ou a idade gestacional ao nascer, maior é a probabilidade de desenvolver distúrbios metabólicos, ter dificuldades para alimentar-se e de regular sua temperatura corporal, o que interfere diretamente na sobrevivência. Por outro lado, a qualidade de vida dos sobreviventes é profundamente afetada pela terapia implementada no ambiente intensivista e pela separação neonato-família que esse processo pode provocar.^{3,4}

Nesse contexto, o Método Mãe Canguru (MMC) se apresenta como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal para promover o contato direto do neonato com a mãe, desde o momento em que ambos apresentam condições clínicas para desenvolvê-lo.⁵

Na proposta brasileira de desenvolvimento do método, ele não substitui as condutas e/ou tratamentos terapêuticos, mas tem contribuído para o processo de recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida do neonato, promover o aleitamento materno e o vínculo mãe e filho, além de aumentar o potencial de oferta dos leitos neonatais.⁶

Todos os neonatos clinicamente estáveis, com peso superior a 1.250g, ao invés de permanecer na incubadora até atingir o peso de 2.000g, encontram-se aptos para participar do método.² Portanto, entre os critérios para participação no MMC destacam-se a disponibilidade materna, as estabilidades clínicas da mãe e do neonato, o peso do neonato, a preparação da equipe para desenvolver o método, a preparação da instituição para adotá-lo como uma metodologia assistencial.³

O método consiste na manutenção do neonato no tórax da mãe (contato pele-a-pele), na posição vertical, sustentado por uma faixa que imita a bolsa marsupial do canguru. O neonato é mantido nessa posição pelo tempo em que ambos se sintam confortáveis e tenham prazer em desenvolvê-lo.⁵

A implementação do método traz benefícios institucional, materno e para a saúde do neonato, pois todo o processo implica humanização do atendimento, promoção de segurança física, biológica e emocional da mãe e do prematuro.³

Quanto aos benefícios institucionais, destacam-se a redução do risco de infecção cruzada e hospitalar, do número de abandono de bebês prematuros em maternidades e do tempo de internação.² Com relação aos benefícios maternos, o método promove a lactação e amamentação; desenvolve a autoconfiança da mãe no papel de cuidadora, pois promove sentimentos de segurança e tranquilidade para cuidar; e contribui para o apego familiar. E, finalmente, para o neonato, pelo incremento da amamentação, propicia a transferência de anticorpos maternos para o recém-nascido, por meio do colostro e do contato; ajuda no desenvolvimento físico e emocional do neonato; reduz o estresse e o choro do neonato; estabiliza a frequência cardíaca, a oxigenação e temperatura corporal do neonato, além de transmitir calma e serenidade pela escuta do som cardíaco materno e da voz da mãe.²⁻⁶

O método é desenvolvido em três etapas. A primeira refere-se ao período de internação na terapia intensiva neonatal. Nesse espaço, a família recebe informações sobre o filho e é preparada para aderir ao mesmo, desenvolvendo o método mãe canguru parcialmente. A segunda etapa corresponde ao período em que o neonato, clinicamente estável e com mais de 1.250 g, permanece com a mãe na enfermaria mãe canguru de estabilização, desde que ela esteja apta para recebê-lo. A última etapa refere-se ao período de acompanhamento ambulatorial (*follow-up*) para a vigilância do crescimento e desenvolvimento, interação família-bebê e detecção precoce de situações de risco.³⁻⁴

Embora, no Brasil, o MMC tenha sido recomendado, em 2000, para ser implementado como um método assistencial nas instituições do Sistema Único de Saúde, poucos estudos brasileiros⁶⁻¹⁰ foram publicados sobre o modo como esse método vem sendo adotado pelas maternidades brasileiras, em suas três etapas.

Nesse sentido, resolvemos investigar de que modo o método mãe canguru vem sendo implementado em uma Maternidade do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, entre 2000-2002, com os objetivos de caracterizar os neonatos participantes do MMC e analisar suas necessidades de cuidados especiais de saúde e a demanda dos pais para a educação em saúde.

Entre os objetivos da implementação do MMC nas maternidades públicas estão a humanização dos cuidados neonatais, a redução do tempo de permanência hospitalar e a valorização e participação da família no cuidado ao neonato.^{3-4,7-8} Nesse sentido, o fornecimento de informação sobre o cuidado ao prematuro, o apoio às mães na amamentação e a preparação dos pais para os cuidados domiciliares são importantes recomendações do Ministério da Saúde na implementação do método.³

No ano de 2000, 1/6 dos nascimentos nas Maternidades do Município do Rio de Janeiro eram de prematuros. Então, como parte do conjunto das políticas públicas de saúde para promover a humanização da assistência ao neonato de alto risco, a Secretaria de Saúde do Município estende a adoção do MMC para outras Maternidades. Desse modo, no ano de 2003, sete instituições já desenvolviam o método: Hospital Maternidade Alexandre Fleming, Maternidade Leila Diniz, Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, Hospital Maternidade Carmela Dutra, Unidade Integrada da Saúde Herculano Pinheiro.

A humanização, como um princípio, orienta a assistência neonatal desenvolvida nessas unidades, pela articulação e integração da equipe, pela atuação interdisciplinar junto à mulher e à criança.

Nesse sentido, a relevância da pesquisa no campo da saúde está em analisar como esse método foi implementado por uma Maternidade do Rio de Janeiro e qual é a sua contribuição para a saúde infantil.

Para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem de saúde da criança está na possibilidade de se repensar o modo como esse método vem sendo adotado. Especialmente, em tomá-lo como unidade do cuidado centrado na família,¹¹ e de desenvolver com ela uma aliança de saberes nas atividades educativas instrumentalizadoras do cuidado ao prematuro no domicílio.⁸ Nesse sentido, a presença da família, e não somente da mãe, é indispensável em todas as etapas do método.

Isso situaria o MMC como um modelo assistencial fundamentado na filosofia do cuidado centrado na família, o que levaria a uma mudança do seu nome para Método Família Canguru.

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes. Além disso, pressupõem que os profissionais de saúde considerem as potencialidades e a individualidade de cada família, suas diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas, entre outros aspectos. Conseqüentemente, duas palavras-chave são essenciais segundo essa concepção: a parceria e a negociação.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa quantitativa foi desenvolvida segundo o método exploratório e descritivo.¹² A população foi constituída de crianças participantes do MMC, de ambos os sexos, que permaneceram internadas em um serviço de terapia intensiva neonatal de uma Maternidade pública do Rio de Janeiro, entre agosto de 2000 e outubro de 2002. Tal recorte temporal correspondeu aos primeiros dois anos de implantação do método na instituição.

A instituição, cenário da pesquisa, é uma Maternidade do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e assistência. Possui serviço de terapia intensiva neonatal com oito leitos, alojamento conjunto, banco de leite e tem o método mãe canguru implantado em suas três etapas, desde o ano 2000. Orienta-se pelas diretrizes do Ministério da Saúde para avaliação dos critérios de elegibilidade para a inclusão dos neonatos e mães no MMC.

Do universo de 153 internações na terapia intensiva neonatal, 37 (24,2%) neonatos não participaram e 116 (75,8%) foram considerados clinicamente elegíveis para participar das três etapas do MMC, representando a amostra investigada.

Um formulário contendo as variáveis do estudo foi aplicado por um auxiliar de pesquisa, treinado com o instrumento para realizar o levantamento de dados nos prontuários disponíveis no Arquivo Médico da Instituição. Os itens do formulário incluíam as variáveis sexo, idade por exame físico e gestacional, peso de nascimento e em cada etapa do MMC, Apgar no 1º e 5º minuto, necessidade de reanimação respiratória, tipo de parto, número de dias em cada etapa do método, diagnóstico médico,

patologias intercorrentes, procedimentos realizados, condições de alta (alimentação e peso), alimentação na terceira etapa até o sexto mês de vida.

Por se tratar de estudo exploratório, os dados foram tratados estatisticamente em termos de frequências absoluta e relativa.

A pesquisa foi aprovada (Protocolo nº. 007/04 de 25/05/2004) por um Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e consentido pela instituição cenário da pesquisa para a sua implementação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O percentual de nascimentos por parto cesárea foi muito superior (79,3%) ao de parto normal (19,8%). É um dado indicativo de que a intervenção cirúrgica foi uma medida terapêutica adotada para interrupção de uma gravidez de alto risco. O nascimento único correspondeu a 73,3% contra 26,7% de gemelares.

Não houve diferença significativa entre os sexos das crianças participantes do MMC (55,2% do sexo feminino e 44,8% do masculino), e quanto aos parâmetros físicos ao nascimento constatou-se que 91,4% apresentaram baixo peso (1.000 g e 2.000 g). Excluindo-se o percentual dos que não constavam dados (32,8%), esse dado foi coincidente com o percentual de estatura entre 32 e 44 cm (66,3 %), seguido por 44 e 48 cm (17,2%); 65,5 % apresentaram perímetro cefálico entre 27 e 33 cm.

Na avaliação da idade por exame físico, verificou-se que 88,8% eram pré-termos (27 e 37 semanas); 13 % a termo (37 e 40 semanas). Na classificação do peso de acordo com a idade gestacional, 48,3% e 40,5% foram considerados, respectivamente, adequados e pequenos para a idade gestacional.

Na avaliação do índice de APGAR, verificou-se que, no 1º minuto, 49,1% apresentaram boas condições de vitalidade com índices entre 8 e 10; mas 37,9 % registraram índice abaixo de 6, indicando necessidade de reanimação. No 5º minuto, a porcentagem de crianças que apresentaram más condições reduziu para 16%, em contrapartida, se elevou para 95% o índice de neonatos com boas condições de vitalidade, representando uma boa resposta às intervenções de reanimação. Entre os 44 neonatos com necessidade de reanimação respiratória, as tecnologias mais utilizadas foram a ventilação por

pressão positiva com máscara (68,2%), ventilação por pressão positiva via tubo orotraqueal (TOT) (25%) e TOT mais medicamentos (6,8%).

Nesse sentido, os fatores determinantes da necessidade da tecnologia de cuidados neonatais foram a prematuridade, o baixo peso e a necessidade de oxigenação. Conseqüentemente, o tempo de internação na etapa intra-hospitalar do MMC, correspondente à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e unidade mãe canguru (UMC), variou entre sete e 60 dias. Na primeira etapa, 88 neonatos (75,9%) permaneceram internados por até 28 dias, enquanto na segunda 84 (72,4%) permaneceram por mais um mês. Chama a atenção o tempo de internação de 8 crianças que permaneceram internadas por mais de dois meses em cada etapa.

Sobre os procedimentos terapêuticos implementados na primeira etapa, destacam-se os acessos venosos periférico (108 neonatos); o acesso venoso profundo por cateterismo umbilical (55), por flebotomia (05) e por PICC (54); o suporte ventilatório por TOT (21), CPAP (40) e HOOD (47), a alimentação por sonda orogástrica (SOG.109). Os tipos de alimentação mais utilizados foram a parenteral (24 neonatos) e a mista (116). O leite materno e a fórmula foram administrados por SOG e copo. Apenas 14 crianças foram amamentadas nos primeiros sete dias de permanência nessa etapa.

Os dados relativos a essa questão apontam para uma política institucional de promoção do aleitamento materno alinhada com os critérios globais de Hospital Amigo da Criança¹³, pois aqueles neonatos com maturidade do reflexo de sucção e deglutição começaram a ser amamentados ao seio materno, e os que não possuíam receberam fórmula ou leite humano por sonda orogástrica ou copo, na maternidade investigada.

O Quadro I aponta que nos primeiros sete dias de permanência na UTIN, a alimentação mista foi a mais utilizada e que apenas 14 neonatos foram amamentados. Nessa etapa, o consumo de fórmula foi superior ao de leite humano, o que revela uma baixa capacidade de oferta desse tipo de alimento pelo Banco de Leite da instituição e as dificuldades iniciais na produção e oferta de leite pelas mães causadas, entre outros fatores, pelo impacto da internação do bebê na UTIN. Já, na segunda etapa, há uma reversão nessa tendência, pois na medida em que aumenta o número de dias de permanência reduz o consumo de fórmula e aumenta a amamentação. Somente na

primeira semana, a fórmula ainda é utilizada como suplemento da amamentação para 42 neonatos, reduzindo na segunda semana para cinco. Esse dado revela

que a implementação do MMC nessa maternidade tem promovido o início da prática da amamentação entre as mães que decidem participar do método.

Quadro I - Distribuição do tipo de alimentação indicado para os neonatos nas duas primeiras etapas do MMC, segundo o número de dias. Rio de Janeiro, 2000-2002.

Tipo de alimentação Etapas	DIAS						
	1-7	8-14	15-21	22-28	29-35	36-42	43-49
Primeira etapa do MMC							
Leite materno (LM. n=89)	60	24	5	-	-	-	-
Formula (n=102)	68	22	6	4	1	-	1
Amamentação (n=14)	14	-	-	-	-	-	-
Segunda etapa do MMC							
Amamentação (n=109)	47	38	19	4	1	-	-
Formula (49)	42	5	1	1	-	-	-

A maioria dos neonatos inicia a segunda etapa do MMC (Tabela 1) com peso entre 1.250g e 2.000g (93,1%), o que reflete uma tendência institucional de mantê-los na etapa da UTIN em detrimento de iniciar o método com o peso recomendado pelo Ministério da Saúde, de 1.250g.³ O mesmo se observa em relação à alta hospitalar e o início da terceira etapa, pois 1/3 dos neonatos recebe alta com peso acima de 2.000.

Tabela 1 - Distribuição dos neonatos segundo o peso ao iniciar as segundas e terceiras etapas do MMC. Rio de Janeiro, 2000-2002.

Peso no início da 2ª etapa	(n=116)	
1.250----- 1500	05	4,3
1500----- 2000	108	93,1
2000----- 2500	03	2,6
Peso no início da 3ª etapa (alta hospitalar)		
1.800----- 2.000	75	64,5
2.000----- 2500	40	34,5
acima de 2500	01	0,9

Os dados da Tabela 1 são indicativos de um início tardio da segunda e terceira etapa, o que justifica o elevado tempo de permanência nas etapas intra-hospitalares (primeira e segunda) do MMC. O quadro clínico inicial de 44 neonatos com necessidade de reanimação respiratória e de permanência em suporte ventilatório, bem como o quantitativo de neonatos submetidos a procedimentos invasivos não justificam a precaução da equipe

em não avançar para as etapas seguintes do método. Nessa instituição, a implementação do MMC tem o propósito de promover o aleitamento materno e o ganho continuado de peso e preparar a mãe para o cuidado com o prematuro.

Outro aspecto a ser destacado é a implementação do método exclusivamente pela mãe, cabendo a ela a decisão de iniciar e permanecer no método. Na totalidade dos neonatos, a mãe foi o único membro da família a participar do método. Conseqüentemente, o modelo assistencial derivante do método está centrado na mãe ao invés de na família ou, pelo menos, nos pais. Essa prática revela que a denominação do método não é apenas uma questão semântica nesse espaço assistencial, mas principalmente uma diretriz assistencial.¹⁴

Tabela 2 - Distribuição dos neonatos segundo o tipo de alimentação indicada na alta da segunda etapa e consumido na terceira etapa do MMC. Rio de Janeiro, 2000-2002.

Tipo de alimentação/Etapas		
Segunda etapa		
	n=116	%
Aleitamento materno exclusivo	54	46,6
Fórmula	07	6,0
Alimentação mista	55	47,4
Terceira etapa		
	n=53	%
Aleitamento materno exclusivo	08	15,1
Alimentação mista	19	35,8
Fórmula	11	20,8
Não consta informação	15	28,3

A Tabela 2 aponta duas importantes vertentes de análise: o aleitamento materno e a adesão à terceira etapa do MMC. Na primeira, observa-se que somente 6% dos neonatos recebem alta da etapa intra-hospitalar do método com indicação de fórmula e 94% estão aptos para amamentar. Desse grupo, 47,4% recebe indicação de alimentação mista, sendo a fórmula o alimento suplementar à amamentação; e 46,6% têm indicação de amamentação exclusiva. Entretanto, no primeiro mês após a alta da segunda etapa, o aleitamento materno exclusivo é o alimento consumido por 15,1% das 53 crianças que permanecem no seguimento ambulatorial. A alimentação mista contribui com 35,8% e o consumo de fórmula sobe para 20,8%. O leite materno continua sendo consumido por 50,9% das crianças, apesar da queda em termos proporcionais.

Quadro II - Distribuição das necessidades de cuidados especiais de saúde do neonato participante do MMC até o sexto mês após a alta hospitalar. Rio de Janeiro, 2000-2002.

Tipos de cuidados	n=174
Habituais modificados	n=25
Massagem nos ombros	01
Orientação alimentar	04
Orientação sobre organização postural	04
Medidas anti-refluxo	16
Medicamentoso	n=147
Polivitamínicos	66
Antianêmico	20
Ácido fólico	18
Mucolítico	16
Procinético	17
Antibacterianos	01
Antifúngicos/Antimicóticos	02
Diuréticos	01
Anti-Arritmico	01
Broncodilatador	03
Tecnológico	n=2
Nebulização	02

Na segunda vertente, aproximadamente metade das crianças encaminhadas para a terceira etapa não aderem ao programa de seguimento ambulatorial. Uma justificativa possível é a distância da Materni-

dade das residências das famílias, o que implica gastos e deslocamentos para o cumprimento da agenda de atendimento da criança nas diferentes instituições de saúde (Posto de Saúde para Vacinação e puericultura, Maternidade para seguimento do MMC, etc.).

Além das necessidades referentes à alimentação, típicas da criança prematura e de baixo peso, aos participantes do MMC foram indicados 174 cuidados especiais de saúde para os familiares realizarem no domicílio nos 116 neonatos (Quadro II). Vinte e cinco referiam-se às modificações dos cuidados habituais, 147 envolviam prescrição de medicamentos e dois de cuidados tecnológicos. Esse dado segue a mesma tendência de outros estudos que investigaram os egressos da terapia intensiva neonatal e pediátrica.^{3-4, 15}

Simultaneamente, esses dados do Quadro II geram para os pais uma demanda de educação em saúde sobre temas relacionados ao cuidado medicamentoso, a fim de minimizar riscos inerentes a erros na administração e automedicação na infância; aos cuidados habituais modificados na negociação de saberes e práticas concernentes às medidas anti-refluxo, a reorganização postural, as práticas alimentares e aleitamento materno; e nos cuidados tecnológicos com o manejo da nebulização no domicílio.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A caracterização dos neonatos participantes do Método Mãe Canguru indicou a emergência de um novo grupo social com necessidades de cuidados especiais de saúde. Essas crianças permaneceram na terapia intensiva neonatal e unidade mãe canguru devido a prematuridade ou baixo peso. A permanência na UTIN foi justificada pela necessidade de suporte ventilatório, de nutrição parenteral e imaturidade do reflexo de sucção e deglutição, para melhora das condições hemodinâmicas e alcance do peso considerado ideal, segundo a política institucional de implementação do MMC.

O tempo de internação nas etapas intra-hospitalares do método foi de até dois meses, representando um período prolongado. Quanto ao tipo de alimentação consumida, os dados apontaram que a fórmula foi mais consumida na primeira etapa e o leite materno na segunda. A alimentação mista por SOG foi adotada como uma conduta de transição para sucção ao seio materno, em virtude da inabilidade do neonato prematuro de coordenar sucção/deglutição/respiração nos primeiros dias de vida. En-

tretanto, na medida em que ele adquire maturidade neurológica, há um investimento da equipe e da mãe sobre a sucção ao seio materno, como constatado na segunda etapa do método, quando a criança é transferida para a enfermaria mãe canguru.

Das crianças que se encontravam na terceira etapa do MMC, observou-se que um elevado índice de abandono da amamentação exclusiva, uma queda no consumo de leite materno e um aumento no consumo de fórmulas e outros alimentos.

Embora as crianças recebessem alta da segunda etapa em aleitamento materno exclusivo, em âmbito domiciliar, ocorreu uma redução nessa porcentagem durante os primeiros seis meses de vida dos neonatos. Esse dado, por um lado, revela a potência do método para iniciar a amamentação e sua limitação para mantê-la na terceira etapa.

Quanto à necessidade de cuidados especiais de saúde observou-se que, associado à demanda alimentar, os pais precisam desenvolver habilidades para administrar medicamentos, fazer ajustes no cuidado habitual e aprender a realizar a nebulização, entre outros. Esses dados nos levaram a tipificar esses cuidados em medicamentosos, habituais modificados e tecnológicos, além dos cuidados de desenvolvimento próprios do cuidado ao bebê prematuro.

A caracterização apontou para a necessidade de intervenção educativa junto às famílias para estimular a adesão ao aleitamento materno e às práticas de cuidados de acordo com as demandas do neonato.

Dada a diversidade de cuidados especiais que a criança passa a requerer a partir da alta da segunda etapa, faz-se necessário que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros e enfermeiras, promovam a educação dos pais com ênfase no cuidado dessas crianças. Cremos que, ao se tomar o cuidado centrado na família como modelo orientador da intervenção educativa, as famílias desenvolverão o seu *empowerment* porque se sentem fortalecidas para realizar um cuidado o menos isento de risco possível para essas crianças que representam um novo grupo social.

O quadro caracterizador apresentado, nos leva a recomendar que cuidar dessas crianças requer uma atenção diferenciada, sobretudo pela família que, no domicílio, precisa incorporar um conjunto de habilidades novas a sua experiência de cuidar. Eles passam a cuidar de uma criança diferente dos padrões convencionais (a termo), que permaneceu um período prolongado no hospital antes de retornar para o domicílio. Assim, é preciso estar atento ao

estado psicológico desses pais, especialmente da mãe que fica na instituição em tempo integral junto ao bebê, tornando-a mais potencializada para realizar o cuidado da criança, romper com seus medos de tocar e manejar o corpo.

Recomendamos o redirecionamento do foco do MMC, atualmente centrado exclusivamente na mãe, para a família. Dessa forma, potencializam-se os membros da família que serão incluídos no cuidado ao prematuro no ambiente domiciliar.

AGRADECIMENTOS

Recorte da pesquisa Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: configuração do universo temático da família no educar dialógico da enfermagem, financiada pelo CNPQ, entre 2003-2005.

Nosso reconhecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, pela concessão da bolsa de iniciação científica à aluna Amanda Cilene Cruz Aguiar, que realizou a etapa de trabalho de campo, no ano de 2003.

Agradecemos à Maternidade, que nos autorizou a implementar a pesquisa e à Dr^a Maria Regina Carino, pediatra comprometida com o Método Mãe Canguru na instituição.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide 2003. Geneva (Switzerland): Department of Reproductive Health and Research/WHO; 2003.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Caderno de Informação de saúde. Informações gerais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2005 Mar 29]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls
- 3 Cabral IE, Moraes JRMM, Santos FF. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2003 Jul-Ago; 7 (2): 211-8.
- 4 Moraes JRMM, Cabral IE. O cuidar de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal no espaço domiciliar: instrumentos mediadores das famílias. Texto Contexto Enferm. 2004 Jul-Set; 13 (3): 452-8.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru, manual técnico. 1a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- 6 Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru; a proposta brasileira. Ciência Saúde Coletiva; 2005 Jul-Set; 10 (3): 659-68.

- 7 Furlan C, Scochi CGS, Furtado MCC. Perception of parents in experiencing the kangaroo mother method. *Rev. Latino-Amer. Enferm.* 2003 Ago; 11 (4): 444-52.
- 8 Campos MA, Cabral IE. Concepções e vivências das mães na enfermaria mãe canguru-subsídios para prática de enfermagem pediátrica. *Rev. Socied. Bras. Enferm. Pediatr.* 2002 Mar-Abr; 1 (2): 37-8.
- 9 Toma TS. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad. Saúde Públ.* 2003 Dez-Nov; 19 (sup.2): S233-42.
- 10 Colameo AJ, Rea MF. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo: uma análise do processo de implantação. *Cad. Saúde Públ.* 2006 Mar; 22 (3): 597-607.
- 11 Nascimento LC, Rocha SMM. O cuidado à criança centrado na família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2002 Dez; 6 (supl.1): 107-14.
- 12 LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
- 13 World Health Organization, United Nation's Children's Fund. The global criteria for the baby friendly hospital initiative. Geneva (Switzerland)/ New York (NY/USA): WHO/UNICEF; 1992.
- 14 Mbou FM, Forler J, Ventose N, Dupuis E, Elana G. Soins en unité "Kangourou", soins en développement: attention à la sémantique!: lettres à la rédaction. *Archives Pédiat.* 2005 Avr; 12 (4): 470-6.
- 15 Cabral IE, Silva JJ, Zillmann DO, Moraes JR, Rodrigues EC. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. *Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF)*: 2004 Jan-Fev; 57 (1): 35-9.