

O DESCOMPASSO DO MÉTODO CANGURU NA PERCEPÇÃO DOS PAIS

THE DISCHARGE OF THE KANGAROO METHOD IN PARENTS' PERCEPTION

Mayara Carolina Cañedo¹, Cristina Brandt Nunes², Ana Cláudia Garcia Vieira³,
Maria Aparecida Munhoz Gaíva⁴, Iluska Lopes Schultz⁵

RESUMO

Introdução: O Método Canguru promove menor tempo de permanência dos recém-nascidos na unidade neonatal, reduz a hipotermia em neonatos com baixo peso, facilita a promoção da amamentação, a formação de vínculo e da segurança familiar. **Objetivo:** Conhecer as dificuldades vivenciadas por pais de recém-nascidos pré-termo acerca do Método Canguru. **Materiais e Métodos:** pesquisa qualitativa, na modalidade Estudo de Caso, cujos dados foram obtidos entre março e dezembro de 2016, mediante entrevistas com 12 mães e três pais de recém-nascidos pré-termo, participantes de todas as etapas do Método Canguru, as quais foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** A interpretação dos dados foi apresentada em três categorias temáticas na qual se percebe que os pais sentem-se desamparados devido ao cuidado fragmentado e pelo despreparo dos profissionais de saúde para compreender a complexidade das relações que envolvem o cuidar do pré-termo e da família no Método Canguru no âmbito individual e coletivo. **Conclusão:** Este estudo mostrou que há uma lacuna entre o Método Canguru enquanto política e o que de fato é desenvolvido pela equipe de saúde, no contexto de um hospital referência estadual.

Palavras-chave: Recém-Nascido de Baixo Peso. Recém-Nascido Prematuro. Relações Profissional-Família. Método Canguru.

ABSTRACT

Introduction: The Kangaroo Mother Care promotes a shorter length of stay for newborns in the neonatal unit, reduces hypothermia in low birth weight newborns, facilitates the promotion of breastfeeding, bonding and family security. **Objective:** To know the difficulties experienced by parents of preterm newborns regarding the Kangaroo Mother Care. **Materials and methods:** qualitative research, in the Case Study modality, whose data were obtained between March and December 2016, through interviews with 12 mothers and three fathers of preterm newborns, participants of all stages of the Kangaroo Method, the which were submitted to the technique of thematic content analysis. **Results:** The interpretation of the data was presented in three thematic categories in which it is perceived that the parents feel helpless due to the fragmented care and the unpreparedness of the health professionals to understand the complexity of the relationships that involve the care of the preterm and the family in the Kangaroo Method on an individual and collective basis. **Conclusion:** This study showed that there is a gap between the KM as a policy and what is actually developed by the health team, in the context of a state reference hospital.

Keywords: Low Birth Weight Newborn. Premature Newborn. Professional-Family Relations. Kangaroo Method.

¹ Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Dourados, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-7232-1431. E-mail: maycarolina@hotmail.com.

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (aposentada). Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-2411-0717. E-mail: cbrandt@terra.com.br.

³ Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS. Brasil. ORCID: 0000-0003-4982-6148. E-mail: cadicha10@gmail.com.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT. Brasil. ORCID: 0000-0002-8666-9738. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br.

⁵ Prefeitura Municipal de Corumbá. Corumbá, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-2212-2186. E-mail: iluschultz@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Sabe-se que a prematuridade e o baixo peso ao nascer se destacam entre os fatores da mortalidade infantil no país (FRANÇA *et al.*, 2017). Em Mato Grosso do Sul, Brasil, estudos mostram a prevalência dos óbitos neonatais considerados evitáveis, o que evidencia a necessidade de melhorias no atendimento à mulher e ao recém-nascido (RN) (PICOLI; CAZOLA; NASCIMENTO, 2019).

A versão brasileira do Método Canguru (MC) é ampla e se divide em três etapas, a primeira se inicia no pré-natal de alto risco, no parto e na hospitalização do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda etapa se dá na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), onde bebê permanece em posição canguru pelo tempo que for prazeroso para ele e para os seus pais, na terceira etapa o RNPT já recebeu alta hospitalar e é acompanhado em consultas ambulatoriais compartilhadas entre o hospital e a Atenção Primária de Saúde, até que atinja 2.500 gramas (BRASIL, 2017).

Estudo internacional mostrou que o MC promove menor tempo de permanência na unidade neonatal (BROTHERTON *et al.*, 2021). Assim como, reduz a hipotermia em neonatos <1200 gramas (NARCISO; BELEZA; IMOTO, 2022). O contato pele a pele facilita a promoção da amamentação, a formação de vínculo e da segurança familiar (BRASIL, 2017). Apesar desses benefícios comprovados, uma revisão revelou que os profissionais de saúde sentem insegurança ao manipular o RNPT, além de não entenderem o MC, pois acredita que de forma equivocada que a posição canguru impossibilita a realização dos procedimentos pelos profissionais (LUZ *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, prover cuidados de qualidade em uma perspectiva colaborativa junto à família, conhecendo barreiras e facilidades do contexto, revela-se necessário e ético, ao mesmo tempo em que representa um desafio à equipe de saúde, no sentido de atender às demandas singulares de cuidados e preparar gradativamente os pais para essa tarefa, vencendo os desafios de cada etapa de lidar com a fragilidade e o estresse de ter um filho pré-termo (OTTOSSON; LANTZ, 2017). Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas por pais de RNPT relacionadas ao MC durante a hospitalização do filho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo referencial qualitativo, ocorrido de março a dezembro de 2016. Adotou-se este referencial, por permitir apreender a experiência humana socialmente, dedicando-se às representações, percepções e opiniões vivenciais, sentimentos e pensamentos. O método escolhido — Estudo de caso — reporta-se à análise minuciosa para esclarecer como e por que o fenômeno ocorreu, demonstrando essencialidade entre intervenção e resultado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital estadual da região Centro-Oeste do Brasil que atende exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção de média e alta complexidade, habilitado como referência estadual para o MC e credenciado como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), dispondo de 10 leitos de UTIN, 20 leitos de UCINCo e 5 de UCINCa.

Foram entrevistados 12 mães e 3 pais, que preenchiam o seguinte critério de inclusão: sem restrição de idade, residentes na capital ou no interior do estado, que vivenciaram a experiência de ter seus filhos pré-termo hospitalizados e que participaram de todas as etapas do MC. Não participaram da pesquisa aqueles sem endereço com possível localização. O número de participantes foi definido, quando novos elementos deixaram de surgir dos dados coletados. Assim, a investigação contou com o total de 15 participantes.

A técnica utilizada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturadas, sendo composta por uma pergunta aberta: Conte-me como foi a sua experiência com o MC desenvolvido no ambiente hospitalar? As entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias ou no ambulatório, quando os pais estavam participando da terceira etapa do método, em horário e dia escolhido por eles, em local reservado, com a presença apenas do entrevistado, a duração média da entrevista foi de 28 minutos, e um casal optou por participar da entrevista juntos. Os depoimentos foram gravados com a anuência dos participantes e depois transcritos. Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora responsável pelo estudo, que atuava como enfermeira da UCINCa.

Os dados foram submetidos às três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016). Quanto ao referencial teórico foi utilizado o manual da Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru e a literatura científica nacional e internacional sobre o assunto.

A investigação conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o protocolo CAAE nº. 51279715.6.0000.0021, Parecer n.º 1.371.216 do dia 16/12/2015, seguindo todos os preceitos éticos previstos nas Resoluções 466/2012 - 510/2016 - 580/2018. Os participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Os pais ou os responsáveis pelas mães adolescentes foram informados sobre o estudo, e os que concordaram com a participação delas, assinaram o TCLE. Para resguardar a identidade dos pais, os relatos foram identificados como mãe ou pai e após o número do depoimento (Mãe 1, Pai 1, por exemplo).

RESULTADOS

Participaram do estudo 12 mães e três pais, devido a seis partos gemelares, este estudo contou com a participação de 18 bebês (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 - Distribuição das informações sociodemográficas dos pais dos RNPT. Campo Grande - MS, 2017.

Variáveis		Média
Idade (anos)		27,6
Variáveis		n (%)
Sexo	Feminino	12(80,0)
	Masculino	3(20,0)
Profissão	Empregada doméstica	2(13,4)
	Professora de história	1(6,7)
	Recepcionista	1(6,7)
	Operadora de montagem	1(6,7)
	Auxiliar de serviços gerais	1(6,7)
	Autônomo	1(6,7)
	Sem vínculo empregatício	8(53,3)
Escolaridade	Médio Completo	2(13,4)
	Superior Completo	2(13,4)
	Fundamental completo	10(66,6)
	Fundamental incompleto	1(6,7)
Total		15(100)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: n, número de pais; DP, desvio padrão.

Tabela 2 - Distribuição das características dos RNPT. Campo Grande - MS, 2017.

Variáveis		Média ± DP
Tempo de hospitalização		42,9 ± 30,1
Variáveis		n (%)
Idade Gestacional	Pré-termo extremo (< 28 semanas)	3 (16,6)
	Muito pré-termo (28 semanas a 32 semanas)	5 (27,7)
	Pré-termo moderado (32 semanas a 34 semanas)	6 (33,3)
	Pré-termo tardio (34 semanas a 37 semanas)	4 (22,2)
Sexo	Feminino	13 (72,2)
	Masculino	5 (27,8)
Tipo de Parto	Cesárea	16 (88,9)
	Normal	2 (11,1)
Total		18 (100)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: n, número de bebês; DP, desvio padrão.

A média de idade dos pais variou em 27,6 anos, o tempo de hospitalização foi de 42,9 dias ($\pm 30,1$), prevaleceram pais sem vínculo empregatício 8 (53,3%) e com ensino fundamental completo 10 (66,6%). Com relação aos bebês houve predomínio de RNPT moderado (32 semanas a 34 semanas) 6 (33,3%) e do sexo feminino 13 (72,2).

A convergência dos dados será apresentada em três categorias temáticas, a saber: Impasses vivenciados pelos pais durante o parto prematuro; Dificuldades percebidas pelos pais durante a hospitalização do pré-termo e Relações conflituosas dos profissionais com a família no alojamento canguru.

Impasses vivenciados pelos pais durante o parto prematuro

O nascimento do RNPT é um momento de crise familiar, já que a sobrevivência do bebê é incerta e a mãe pode estar insegura pelo parto antecipado:

[...] o médico começou a fazer o exame. Eu falei: o meu bebê tá bem? Ele falou: vamos ter que interromper a gravidez. Aí eu falei: meu bebê tá bem, doutor? Não, se tivesse bem não estaria interrompendo a gravidez agora. Aí eu falei: mas ele tá vivo? Vivo está, porque, se tivesse morto, você poderia ficar três dias com ele na barriga. Daí eu fiquei muito apavorada, comecei a chorar muito e fiquei sem rumo. (Mãe 10)

A falta de sensibilidade dos profissionais de saúde, o medo da morte e do desconhecido pode transformar a alegria do nascimento do filho em acontecimento angustiante, incerto e amedrontador:

Quando eles nasceram, eu já fiquei com medo, porque o pediatra falou: Você sabe que seus bebês podem morrer por serem prematuros? Eles não têm muita chance. Não tem vaga nem na UTI neo e nem na UTI pediátrica e, se precisarem e não aparecerem rápido, eles podem morrer. [...]. Em vez de ele dizer umas palavras, assim: nós vamos fazer de tudo, só que a gente não garante [...]. (Mãe 6)

A falta de humanização da assistência ao nascimento prematuro começa pela separação familiar no parto:

Eu briguei com o pessoal porque eu queria assistir ao parto; eu estava com raiva, eu queria saber como ela estava. Não pude assistir ao parto porque falaram que era parto de nenê prematuro, que tinha risco, que não era permitido. (Pai 1)

Eu fiquei lá na frente esperando porque não deixavam entrar porque foi operação de risco. (Pai 3)

Esta separação ocorreu também no parto das duas mães adolescentes em que não foi permitida a presença do acompanhante:

Não pode entrar ninguém. Não pode porque foi de risco ela falou que não podia ninguém entrar. Mas esperaram a minha mãe chegar para me levar para a sala [...]. (Mãe 8)

Fiquei no Centro-Obstétrico (CO), eu fiquei me sentindo meio mal, meio triste, porque eu fiquei sozinha. E também o meu marido não estava ali comigo, eu fiquei dois dias no CO [...], daí subi e ele foi pra lá e ficou comigo um tempo, aí que comecei a me sentir melhor [...]. (Mãe 5)

A proibição de acompanhante no CO e a falta de informações sobre o estado de saúde do filho que estava internado na UTIN aumentam a angústia da mãe:

À noite, veio outra enfermeira e eu falei: eu ganhei o meu filho hoje, eu não vi ele até agora; eu não tenho notícias dele. (Mãe 10)

Dificuldades sentidas pelos pais durante a hospitalização do pré-termo na UTIN

Nos primeiros dias de internação do filho na UTIN as mães sentem-se tristes por ter que deixá-lo sozinho, já que elas não têm acesso livre a essa unidade:

O mais difícil foi ter deixado ela lá, foi de ter que ir todo dia à UTIN, era uma dificuldade [...] Você vai, mas a sua cabeça fica! (choro). (Mãe 7)

[...] Ainda mais na UTI, a cabeça fica a mil. A gente aqui em casa ficava com o celular na mão. Porque se acontecesse alguma coisa, eles iriam ligar. Eu nem dormia direito, ficava pensando só neles, não via a hora de estar lá com eles. O meu interesse era eles falarem: Você já pode ficar. (Mãe 6)

Outro aspecto destacado pelas mães durante a permanência do filho na UTI é a tristeza por não poder cuidar do filho, sobretudo, nos seus primeiros dias de vida:

[...] ele não foi para casa, não fui eu quem curou o umbigo dele. Quando eu fui ficar de acompanhante, já tinha caído. Sabe, dos cuidados dos primeiros dias eu não tive. (Mãe 3)

Os pais referem não ter realizado a posição canguru na UTI e UCINCo, além de dificuldades para pegar o bebê no colo nestas unidades por falta de incentivo da equipe de saúde:

Na UTI era difícil da gente pegar ele porque sempre uma jogava pra outra. Elas falavam assim: Tem que ver a menina que está cuidando dele, a gente esperava essa menina que estava cuidando dele e ela nunca chegava. (Mãe 2)

Podia só passar a mão nele por aquela janelinha, não podia nem abrir a incubadora toda[...]era muito difícil pra mim, porque eu fiquei oito dias internada depois do parto na maternidade. E sabe, todas as mães com os nenéns e eu não podia pegar o meu e eu não sabia quando eu iria poder pega ele. (Mãe 3)

Sim. Passei muita dificuldade na unidade intermediária. Por eu não conhecer o Método Canguru, depois que eu conheci foi totalmente diferente, entendeu? Foi uma realização na

nossa vida. Porque você ter duas crianças chorando no seu ouvido e você sem saber o que fazer é muito difícil. (Pai 2)

O que também deixou uma das mães apreensivas foi lidar com a morte e situações de doenças dos outros bebês que também estavam hospitalizados nestas unidades:

[...] Tinha um bebê com síndrome do intestino curto e outro que faleceu, então você vê um monte de problemas, a gente acaba de ter neném, a gente fica muito sensível e eu sou muito emotiva, então eu vivia chorando. (Mãe 9)

Uma mãe realizou a posição canguru somente na UCINCa e uma única vez durante a hospitalização das filhas. Assim, durante a entrevista a mãe justifica este fato ao falar que a posição canguru é limitada para crianças com peso inferior a dois quilos:

O Método Canguru não seria para bebês com menos de dois quilos? Elas estavam já com mais de dois quilos. (Mãe 11)

Além disso, os profissionais de enfermagem que cuidavam da mãe no alojamento conjunto não incentivavam e nem oportunizavam sua ida à unidade neonatal para visitar o filho:

Ele (o pai) foi pegar a cadeira de roda com o pessoal da maternidade, as pessoas falaram pra ele que eu tinha que andar e que eu tinha que largar de moleza. Depois desse dia eu fiquei com raiva, eu falei: beleza, o dia que eu aguentar ir lá embaixo ver o nenê, eu vou; o dia que eu não aguentar, eu não vou. (Mãe 2)

Quando eu fui vê-los, o meu esposo foi ver a cadeira de rodas, eles falaram para ele assim: ela tem perna, ela está boa para descer. Ele perguntou: você quer ir? Eu falei: é lógico que eu quero ver meus filhos[...]tive que subir de escada do primeiro até o quinto andar porque o elevador travou. Quando foi à noite, começou a sangrar a minha cirurgia. (Mãe 6)

Uma das mães, que necessitou de internação na UTI adulto relata que a equipe de saúde cobrava a sua presença ao lado da filha na UTIN, e, que mesmo depois de sua alta do hospital tinha dificuldades de ir visitá-la.

[...] Elas queriam que eu fosse porque estava muito ausente, expliquei a situação pra ela: a gente mora longe, não tem carro, e, operada, pegar três ônibus [...] descer em três terminais [...] Tinha que alguém andar comigo, eu não andava sozinha, tinha medo e, para ele ir (esposo), ele tinha que largar o serviço dele. (Mãe 1)

Relações conflituosas dos profissionais com a família no alojamento canguru

As falas a seguir demonstram que os pais percebem a UCINCa como um ambiente ocioso e opressor:

Você pode sair uns quinze minutinhos pra dar uma voltinha no corredor ou, às vezes, ir lá embaixo, mas depende de quem tiver de enfermeira [...]. Tinha uns lápis, tinha caderno, mas ninguém falava: olha, tem um caderno ali, tem lápis se você quiser escrever, desenhar, fazer alguma coisa. (Mãe 2)

A gente não conseguia ficar ali fechada naquele ambiente que não tem uma janela, não tem uma atividade e somente ter a dedicação exclusiva para o bebê [...]. (Mãe 4)

Eu estava ficando estressado, porque ali é tipo uma prisão. Você não pode sair de perto da criança, é direto ali. (Pai 3)

Durante a internação do filho na UCINCa as mães também percebem a falta de recursos humanos e o alto índice de absenteísmo dos trabalhadores, o que reflete na assistência ao RNPT:

Nas duas últimas semanas que eu estive lá, faltou enfermeira. E o neném passou mal. Tive que correr na UTIN. Faltava enfermeira mais à tarde e à noite. (Mãe 6)

Outro aspecto destacado pelas mães é a dificuldade que elas têm em lidar com o rodízio semanal de profissionais na UCINCa:

O que falta são pessoas que sejam fixas ali para ajudarem as mães. Não sei como é a política do hospital [...] mas eu acho que ali seria ideal ter só pessoas capacitadas, que tenham feito o curso do MC. (Mãe 4)

Os pais também relatam que havia profissionais de enfermagem que se mostravam insatisfeitos por estarem escalados em determinada unidade:

A gente está em um momento sensível, nossos filhos estão ali, a gente está fora da nossa casa e a pessoa (profissional) olhar para a nossa cara e falar assim: eu não gosto de vir aqui. Eu penso assim: então não venha! Ninguém te obrigou, pois, foi você que quis vir pra cá, foi você que quis esse emprego [...] porque eu não posso chegar lá no meu emprego e falar: eu não gosto de trabalhar aqui. Pede as contas, está trabalhando aqui por quê? Você não é obrigada. Então, pras mães, é desagradável ouvir isso. (Mãe 12)

As mães também retrataram que os profissionais de enfermagem saíam da unidade canguru e delegavam para as mães alguns cuidados de enfermagem:

Chegou um ponto em que a gente era que tinha que anotar em um papel o peso das fraldas. Todo mundo ficava anotando, ficava pegando prancheta, colocava um papel lá e anotava os horários das fraldas, porque as enfermeiras não ficavam lá. (Mãe 4)

A mãe relata que na UCINCa tem alguns profissionais da enfermagem que não incentivam o contato pele a pele:

Você pode ir lá agora e não tem ninguém no Canguru, ninguém incentiva. Ninguém fala nada. Se você quiser, você coloca, se você não quiser você não coloca. Ninguém fala: olha, vamos colocar um pouquinho no canguru, mãezinha? Ninguém fala nada, não, nenhum deles. (Mãe 2)

Na fala de outra mãe é evidenciada a rigidez das normas da unidade no que se refere às visitas aos pré-termos:

A minha neta queria ver a bebê, mas a psicóloga falou que não podia e que a visita era só para os irmãos. (Mãe 1)

DISCUSSÃO

Considerando que o MC deve contemplar o bebê e familiares, integral e singularmente, pois cada família e situações são únicas, requerendo abordagem diferenciada, as falas dos pais revelam falta de apoio dos profissionais de saúde e proibição do acompanhante no parto/nascimento do RNPT, causando à mulher solidão, impotência, tristeza e angústia, em um momento tão difícil vivido por ela.

As mudanças de paradigma da atenção perinatal devem iniciar na identificação do risco da gestante, para que se possa orientá-la e prepará-la para uma possível antecipação do parto (FERREIRA et al., 2020). O bebê imaginário, no momento do parto, necessita dar lugar ao bebê real, com características individuais, tanto biológicas como emocionais (BRASIL, 2017). No entanto, percebe-se pelas falas dos pais que desde a primeira etapa do MC a equipe de saúde tem priorizado as tecnologias duras para responder as necessidades clínicas do RNPT, em detrimento do atendimento às necessidades da família. Os resultados desta pesquisa reafirmam que a assistência prestada é fragmentada e também centrada na doença.

Além disso, os acompanhantes das mulheres entrevistadas não participaram do parto/nascimento do RNPT, o que deveria ter acontecido, mesmo em parto de risco, pois mãe e bebê precisam de apoio efetivo. Estudo realizado no Brasil evidenciou que (94,1%) das mulheres tiveram a presença do acompanhante em algum momento da internação, sendo (71,2%) em tempo integral. Das que não tiveram (28,6%) acompanhantes em tempo integral, o momento do parto foi o mais relatado por não ter sido permitida a presença do acompanhante (29,2%) (GOIABEIRA et al., 2022). Nesse sentido, um estudo realizado por Venegas et al. (2020), realizado em Bogotá, Colômbia, reforça que os direitos das gestantes devem prevalecer e que práticas desumanizantes naturalizadas no momento do parto devem ser erradicadas.

No presente estudo, foi evidenciada a dificuldade das mães em obter informações sobre a saúde do filho pré-termo hospitalizado. Sabe-se que mesmo em situações de maior gravidade e urgência, o RNPT deve ser atendido pela equipe de saúde próximo de sua mãe. Além disso, a mãe deve vê-lo e tocá-lo ainda na sala de parto, antes dele ser transferido à UTIN; caso contrário, se não for possível, os profissionais devem informá-la onde o seu bebê estará e os cuidados que ele tem recebido (BRASIL, 2017).

Os familiares dos RNPT que participaram deste estudo vivenciaram a prematuridade e, conseqüentemente, a hospitalização na unidade neonatal, até então, desconhecida para eles. Outro achado nesta pesquisa é a tristeza evidenciada pela mãe por não ter sido ela a cuidadora do filho após o nascimento. Aspecto esse já descrito pela literatura ao mostrar que a mãe do RNPT pode sentir-se despreparada pela antecipação do parto e triste por não realizar os primeiros cuidados com o filho (ROCHA et al., 2022).

No contexto da UTIN, a acessibilidade dos pais aos RN pode ser comprometida quando eles se sentem incapazes de prestar cuidados diretos aos seus bebês por causa do frágil estado de saúde, por limitações impostas pelas intervenções e rotinas da UTIN, distâncias entre a casa e o hospital e o equilíbrio das responsabilidades domésticas com o tempo gasto dentro da UTIN (ROQUE et al., 2017).

O despreparo dos profissionais de saúde para cuidar da família foi evidenciado em estudo realizado com 14 enfermeiros de uma unidade neonatal de maternidade pública de Minas Gerais, para os quais a presença da família no ambiente hospitalar é vista como fiscais dos cuidados que estão prestando às crianças e quando os profissionais inserem os pais nos cuidados, delegam a eles funções que julgam menos importantes (KEGLER et al., 2019). Esta pesquisa evidenciou que determinados profissionais de enfermagem preferem ser escalados para UTIN e UCINCo, onde o foco do trabalho é a execução dos procedimentos técnicos, ao invés de trabalhar na unidade canguru, onde exige-se uma interação maior com os familiares.

O Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) configura-se como uma abordagem de cuidado amplamente utilizada em vários contextos de saúde, em que se respeita e responde às necessidades e valores individuais das famílias e todos os seus membros são reconhecidos como beneficiários deste cuidado. Esse modelo coloca o relacionamento empreendido entre família e a equipe de saúde no centro do cuidado (DAVIDSON et al., 2017).

Sabe-se que infelizmente, no Brasil são poucas as unidades neonatais que tem implantado o MC em todas as suas etapas. O MC requer a presença familiar, pois complementa a assistência com cuidado integral e individualizado ao RNPT. Na sua ausência, o cuidado contradiz as diretrizes do MC e é incompleto (BRASIL, 2017). Um estudo realizado com 19 profissionais de enfermagem cujo objetivo era analisar, sob a ótica dos profissionais que atuam na UTIN e dos pais das crianças internadas, o entendimento do CCPF, apresentou uma reflexão dos profissionais sobre a assistência prestada. Estes profissionais afirmaram que poderiam fazer mais, no que diz respeito à atenção voltada ao RN e sua família, pois segundo eles nos momentos de tomada de decisão, esta ainda é centralizada no profissional de saúde (RODRIGUES et al., 2019).

Sabe-se que na percepção dos pais, os momentos mais estressantes da hospitalização do filho pré-termo se devem ao fato de estarem separados dele e não conseguirem protegê-los dos procedimentos dolorosos a que são habitualmente submetidos. No entanto, o contato pele a pele, a sucção não nutritiva e

o aleitamento materno são intervenções que reduzem as respostas comportamentais e fisiológicas resultantes da dor em RNPT e a termo que deveriam estar sendo oferecidas desde a UTIN (VIEIRA et al., 2018).

As mães dos RNPT têm medo, inseguranças e dúvidas e cabe aos profissionais de saúde das unidades neonatais, minimizar estes sentimentos por meio de orientações relacionadas aos cuidados prestados ao filho hospitalizado, como a alimentação (ARAÚJO et al., 2018). Um estudo realizado com 20 mães de RNPT em Teresina no Piauí, em uma maternidade referência para a alta complexidade à saúde da mulher, revelou que as mães têm dificuldades em prestar cuidados aos filhos no MC, em especial, aqueles relacionados à alimentação, higiene e manuseio, somados ao cansaço emocional e físico (CANTANHEDE et al., 2020). A assistência nessas unidades deveria focalizar no acolhimento, nas orientações, no trabalho em equipe, na empatia, na formação de vínculos e histórias de vida do bebê e familiares (SALES et al., 2018a).

Nesta perspectiva, um estudo realizado em uma UTIN de um hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso, com 11 enfermeiras, mostrou que as entrevistadas entendem a conduta empática como uma comunicação efetiva entre a enfermagem e as famílias, o conhecimento das necessidades sociais das famílias e o acolhimento destas no ambiente hospitalar (MUFATO; GAIVA, 2020). Neste contexto, os profissionais que atuam na UCINCa têm um papel fundamental para o RNPT e sua família, especialmente a equipe de enfermagem. Estes profissionais são os responsáveis por manter a estabilidade clínica do RNPT, e uma relação positiva com os pais, pois estes necessitam de informações detalhadas, em linguagem acessível, sobre o estado clínico e procedimentos realizados. Cabe ainda a esses profissionais, oferecer ações educativas aos familiares que permitirão a continuidade dos cuidados prestados na unidade neonatal no domicílio (SALES et al., 2018b).

No presente estudo, foi possível perceber que os pais e as mães foram expectadores dos cuidados prestados a seus filhos pré-termos e que seus sentimentos e suas opiniões foram pouco valorizados. Além disso, o contato pele a pele que deveria ser estimulado precocemente já na UTIN e UCINCo, auxiliando no vínculo mãe-filho, sendo crescente e gradual, evoluindo até a posição canguru, não ocorreu (BRASIL, 2017). Um novo modelo de atenção à saúde exige o preparo da instituição e dos profissionais para sua implementação. Dessa forma, capacitações, treinamentos e rodas de conversa voltada à equipe de saúde são importantes estratégias para a efetividade do MC (LUZ et al., 2022).

A política pública direcionada aos RNPT foi idealizada para o cuidado multidisciplinar, integral e humanizado. A equipe de saúde conhece as etapas do MC e seus benefícios, contudo, a prática não reflete melhoria da assistência, com resistência e desinteresse de profissionais por não lhe atribuírem importância, tornando a prática de assistência pouco reflexiva. Os Pesquisadores reafirmam ainda a falta de adesão dos profissionais às mudanças assistenciais propostas pelo método (FERREIRA et al., 2019). Tal qual observado pelos pais nesta pesquisa.

Destacou-se também nos resultados do estudo, a restrição de visitas de familiares aos bebês pré-termo internados. No hospital em análise, os pais e as mães possuem livre acesso às unidades neonatais e são permitidas duas visitas de outros familiares por dia, já os irmãos dos bebês com menos de 18 anos tem autorização de entrada apenas uma vez por semana e a visita é realizada junto com a psicóloga do serviço.

A restrição ou proibição da presença de irmãos de RN hospitalizados em UTIN é justificada pelo aumento do risco de infecção. Contudo, já há evidências comprovando que a entrada de irmãos na UTIN não aumenta as infecções virais (HORIKOSHI et al., 2018). Além disso, a visita dos irmãos é indicada, pois diminui a ansiedade e os deixa seguros quanto ao seu lugar na família. Não há limite de idade para a vinda dos irmãos a unidade neonatal, mas a entrada se diferencia de acordo com cada faixa etária. Sugere-se que se tenha um horário comum para a chegada dos irmãos, permitindo que, ao formarem um grupo, possam observar outras crianças, iguais a eles e que estão vivendo este momento de hospitalização do irmão (BRASIL, 2017).

Ainda em relação às visitas, devem-se levar em consideração as novas formações familiares, como a apresentada neste estudo em que a avó criava a neta como filha e que para ela era importante à visita da neta ao pré-termo, neste momento de dificuldade para toda a família.

Além do mais, o pai ainda permanece na condição de visitador, provedor e apoiador da mãe sem efetivamente participar dos cuidados do filho pré-termo, tal qual observado no presente estudo em que os pais só puderam acompanhar a esposa e os filhos durante a hospitalização nas situações de gemelaridade. É importante o pai ser acolhido pela equipe de saúde e participar dos cuidados do filho, pois, assim como a mãe, o pai vivencia sentimentos de frustração, impotência, medo do desconhecido e preocupação com a esposa (SANTOS; GUARANY, 2019).

Por se tratar de um Estudo de Caso os dados apresentados sobre as dificuldades vivenciadas pelos pais com o MC são referentes a um único hospital, mas são relevantes, uma vez que este é credenciado para o MC e IHAC. Outro fator limitante do estudo foi o número reduzido de pais participantes em relação às mães. Assim, sugerem-se novas investigações envolvendo outros hospitais da capital e do interior do estado, bem como, maior participação do pai, além de profissionais de saúde, para ampliar a compreensão do fenômeno estudado. Os resultados deste estudo poderão subsidiar gestores e profissionais de saúde na mudança do modelo de atenção que se faz necessária, em especial, com foco no processo de trabalho.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que há uma lacuna entre o MC enquanto política e o que de fato é desenvolvido pela equipe de saúde, no contexto de um hospital referência estadual. Os resultados evidenciam que os pais se sentem desamparados devido ao cuidado fragmentado e pelo despreparo dos profissionais de saúde no que diz respeito à complexidade das relações que envolvem o trabalho com o

RNPT e as famílias, no âmbito individual e coletivo. Os resultados reforçam a necessidade de uma política institucional e um programa educativo, para sensibilizar e conscientizar estes profissionais a fim de oportunizar habilidades específicas de cuidado neste contexto, que promovam a efetiva participação da família.

O MC como uma tecnologia de cuidado vai além da recomendação do contato pele a pele. É uma mudança de paradigma, cujo foco é a humanização da atenção à saúde, do cuidado centrado no paciente e na família, na individualização do cuidado e de mudanças efetivas na assistência prestada pelos profissionais aos RNPT e família, ou seja, tem seu foco nas tecnologias leves. Assim, a implementação do MC na prática clínica requer além das políticas governamentais a sua incorporação à filosofia institucional.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. B. M. *et al.* Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002770017>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 30 jul. 2022.
- BROTHERTON, H. *et al.* Impact of early kangaroo mother care versus standard care on survival of mild/moderately unstable neonates. **EClinicalMedicine**, [s. l.], v. 39, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34401686/>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- CANTANHEDE, E. S. *et al.* Experiências das mães no cuidado ao recém-nascido prematuro no método canguru. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, PR, v. 25, p. e67416, 2020. Disponível em: 10.5380/ce.v25i0.67416. Acesso em: 5 jul. 2022.
- DAVIDSON, J. E. *et al.* Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. **Critical Care Medicine**, Baltimor, v. 45, n. 1, p. 103-128. 2017. Disponível em: 10.1097/CCM.0000000000002169. Acesso em: 18 jul. 2022.
- FERREIRA, D. O. *et al.* Kangaroo method: perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e20190100. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- FERREIRA, M. B; MONTEIRO, D. R.; SOUZA, T. C. Em busca da humanização na UTI neonatal: método mãe canguru. **Research, Society and Development Journal**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. e3089119631, 2020. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9631. Acesso em: 30 jul. 2022.
- FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas de mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 46-60. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- GOIABEIRA, Y. N. L. A. *et al.* Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1581-1594. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.07462021>. Acesso em: 5 dez. 2022.
- HORIKOSHI, Y. *et al.* Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society**, [s. l.] v. 60, n. 2, p. 153-156, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ped.13470>. Acesso em: 5 jul. 2022.
- KEGLER, J. J. *et al.* Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 p. e20180178, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178>. Acesso em: 2 jul. 2022.

LUZ, S. C. L. *et al.* Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília, DF, v. 75, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>. Acesso em: 5 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes; 2016.

MUFATO, L. F; GAIVA, M. A. M. Reasons why of nurses empathy with newborn families in neonatal ICU. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 41, p. e20190508. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190508>. Acesso em: 29 jul. 2022.

NARCISO, L. M; BELEZA, L. O; IMOTO, A. M. The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 98, n. 2, p. 117–125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.06.004>. Acesso em: 5 dez. 2022.

OTTOSSON, C; LANTZ, B. Parental participation in neonatal care. **Journal of Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 112-118. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.11.001>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PÍCOLI, R. P; CAZOLA, L. H. O; NASCIMENTO, D. D. G. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3315-3324. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26622017>. Acesso em: 2 jun. 2022.

ROCHA, D. S. *et al.* Percepções maternas sobre o cuidado com o recém-nascido prematuro. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 22063-22076, mar. 2022. Disponível em: 10.34117/bjdv8n3-416. Acesso em: 5 dez. 2022.

RODRIGUES, B. C. *et al.* Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, [s. l.], v. 20, p. e39767, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039767>. Acesso em: 6 jun. 2022.

ROQUE, A. T. F. *et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. **JOGNN - Journal Obstetric Gynecology & amp Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 576–87, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>. Acesso em: 31 jul. 2022.

SALES, I. M. M. *et al.* Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 2413-22, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.545>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SALES, I. M. M. *et al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180149. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0149>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SANTOS, R. P; GUARANY, N. R. A experiência do pai na unidade de tratamento intensivo neonatal. **Revisbrato - Interinstitucional Brazilian Journal of Occupational Therapy**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 230-246, 2019. Disponível em: 1047222/2526-3544rbto21248. Acesso em: 21 jun. 2022.

VANEGAS, D. P. O. *et al.* Humanização dos serviços reprodutivos a partir das experiências das mulheres: contribuições para a reflexão. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e1005. 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359565318013/movil/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

VIEIRA, A. C. *et al.* Uso da rede social Facebook™ na coleta de dados e disseminação de evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. e20170376, 2018. Disponível em: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0376. Acesso em: 4 jun. 2022.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 03/08/2022

ACEITO: 10/12/2022