

Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Universidade do Algarve

Escola Superior de Saúde

Caracterização do processo de implementação do
Método Canguru – perspetiva dos profissionais de
saúde

Discente: Sílvia Cristina de Almeida Duarte

Orientador: Prof. Dr. Ezequiel Pinto, UAlg

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde

LISBOA, 2018

Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Universidade do Algarve
Escola Superior de Saúde

Caracterização do processo de implementação do
Método Canguru – prespetiva dos profissionais de
saúde

Discente: Sílvia Cristina de Almeida Duarte

Orientador: Prof. Dr. Ezequiel Pinto, ESSUALg

Júri:

Doutor Eusébio Pacheco – ESSUALg

Doutora Emília Costa - ESSUALg

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

LISBOA, 2018

Agradecimentos

Com o culminar deste trabalho, é chegado o momento de agradecer a todos vós que me apoiaram neste percurso por vezes tão tortuoso mas também gratificante.

Obrigada a ti Marco pelo apoio incondicional, a vós Duarte e Ricardo pelo amor, carinho e alegria contagiante. A vós caros colegas, que aceitaram colaborar comigo. A si Professor Ezequiel pela sua orientação e por fim, também a si Dra Carina, pela sua imprescindível ajuda.

Resumo

O Método Canguru caracteriza-se por ser uma estratégia complementar aos cuidados tradicionais prestados a recém-nascidos que promove o conhecimento integral do recém-nascido prematuro pelos seus pais/cuidadores. É considerado uma estratégia de cuidados humanizados, inscrevendo-se na filosofia dos cuidados centrados na família.

A aplicação deste método em contexto hospitalar pode ser complexa, pelo que requer a colaboração de todos os intervenientes na prestação de cuidados e a sua efetiva implementação mediante um protocolo de atuação. O protocolo permitirá guiar os profissionais na sua prática de cuidados, promovendo desde o início o conhecimento e formação desses profissionais no âmbito do método canguru, os quais poderão ser motores de mudança e melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido/família.

Este trabalho tem como objetivo geral a caracterização da perspetiva dos profissionais de saúde do Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Polo Maternidade Dr. Alfredo da Costa, acerca do processo de implementação do Método Canguru.

Recolheu-se informação através de um questionário de auto-preenchimento construído para o efeito e obteve-se uma taxa de resposta de 71,4% na população-alvo, composta por 15 médicos, 43 enfermeiros e 2 profissionais de reabilitação.

Os resultados indicam que os profissionais reconhecem a importância do Método Canguru e as suas vantagens, considerando este procedimento como uma estratégia relevante nos cuidados humanizados ao recém-nascido/família. Os inquiridos também consideram importante que a implementação do Método Canguru decorra mediante um processo devidamente estruturado, no qual os profissionais e a sua formação específica nesta temática desempenham um papel fundamental para a sua implementação efetiva.

Recomenda-se que todas as instituições/serviços que pretendam implementar o Método Canguru utilizem um procedimento estruturado e que criem condições para a formação específica dos profissionais.

Abstract

Kangaroo mother care is a method of care that complements traditional new-born care and that promotes an integral knowledge of the new-born by their parents or carers. It is considered a humanized, family centred care strategy.

Using this method in a hospital setting may be complex, thus requiring the collaboration of all professionals that are involved in providing care and also its implementation following a established protocol. This protocol will allow the guidance of health professionals and can contribute to make them agents for change e for improving the care that is provided to both the new-born and to the families.

The goal for this study was to characterize health professionals' perception about the implementation of the kangaroo method of care at the *Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Polo Maternidade Dr. Alfredo da Costa*.

Data were collected by a self-fulfilment questionnaire created for this purpose. The final sample was composed by 15 doctors, 43 nurses and 2 rehabilitation professionals, allotting for a 71.4% response rate when considering the total number of health professional in the target population.

The results from this study show that health professionals recognize the importance and advantages of the kangaroo care method, which they consider a relevant strategy in the humanized care that is provided to new-borns and families. Health professionals state that it is important that the implementation of the kangaroo care method occurs in a properly structured process, during which all professionals and their specific training in this method play a key role for in the effectiveness of the implementation.

It is recommended that all institutions who wish to implement the kangaroo care method use a structured procedure and create the opportunities and setting which will allow for specific training of staff.

Índice Geral

Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract	V
Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico.....	5
1.1. Neonatologia e prematuridade	5
1.2. Prematuridade e suas consequências	6
1.3. Filosofia dos cuidados centrados na família	14
1.4. Método canguru enquanto estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro – desafios	16
1.5. Implementação do Protocolo: MC no serviço de neonatologia do polo Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	21
Capítulo 2. Metodologia	24
2.1. Objetivos	24
2.2. Tipo de estudo	24
2.3. População-alvo e local do estudo	25
2.4. Amostra	27
2.5. Variáveis	27
2.6. Métodos e ferramentas de inquirição	29
2.7. Estratégia para análise de dados	32
2.8. Questões éticas e de confidencialidade	33
Capítulo 3. Resultados e discussão	35
3.1. Caracterização da amostra	35
3.1.1. Caracterização sociodemográfica	35
3.1.2. Situação profissional e formação anterior	36
3.2. Perceção sobre a aplicação do MC	41
3.2.1. Escala para análise de perceção	41
3.2.2. Implementação de MC e a Formação e Conhecimentos dos profissionais	43
3.2.3. Formação e Conhecimento	44
3.2.4. Implementação do MC no Serviço	46

3.2.5. Obstáculos à Implementação do Protocolo: MC	49
3.2.6. Estratégias Promotoras da Aplicação do MC	52
3.2.7. Fatores pertinentes para o sucesso da Implementação do MC	55
3.3. Situação Profissional e Percepções Sobre a Implementação do MC	57
3.3.1. Área Profissional	57
3.3.2. Formação Específica em Neonatologia	59
3.3.3. Tempo de Serviço	60
3.4. Relação entre Fatores de Sucesso para a Implementação do MC, a Formação Específica em Neonatologia e a Área Profissional	61
3.4.1. Relação entre fatores de sucesso para implementação do MC e a formação específica em neonatologia	61
3.4.2. Relação entre fatores de sucesso para implementação do MC e a área profissional	63
Capítulo 4. Conclusões	64
Referências bibliográficas	66
Apêndices	72
Apêndice I - Consentimento informado/Instrumento de colheita de dados: Questionário	73
Apêndice II - Pedido formal para aplicação de questionários	79
Apêndice III – Autorizações para trabalho de investigação	84
Apêndice IV – Protocolo: Método Canguru (MC)	87

Índice Quadros

Quadro I. Características do RNPT com idade gestacional inferior às 26s e suas implicações	7
Quadro II. Características do RNPT com idade gestacional entre as 26 e 28s e suas implicações	8
Quadro III. Características do RNPT com idade gestacional entre as 28 e 30s e suas implicações	9
Quadro IV. Características do RNPT com idade gestacional entre as 30 e 33s e suas implicações	10
Quadro V. Características do RNPT com idade gestacional entre as 33 e 37s e suas implicações	11
Quadro V I. Quadro resumo dos benefícios do MC	19
Quadro VII. Classificação e definição das variáveis em estudo	28
Quadro VIII. Caracterização sociodemográfica	35
Quadro XIX. Caracterização profissional – grupo profissional e tempo de serviço	37
Quadro X. Experiência na utilização do MC, Formação em Neonatologia e Formação no MC	38
Quadro XI. Tempo de serviço e tempo de serviço nas funções atuais, por área profissional, formação específica em Neonatologia e formação específica no MC	39
Quadro XII. Tipo de formação específica em neonatologia detida pelos profissionais	39
Quadro XIII. Tipo de formação específica no MC detida	40
Quadro XIV. Análise de Consistência Interna (<i>Alfa de Cronbach</i>)	42
Quadro XV. Medidas de estatística descritiva relativa às dimensões (<i>scores</i>) e escala global	42
Quadro XVI. Correlação entre as dimensões (<i>scores</i>) e escala global	43
Quadro XVII. Posição dos participantes face à dimensão Formação e Conhecimento no âmbito do MC	45
Quadro XVIII. Posição dos participantes face à dimensão Implementação do MC no serviço	47
Quadro XIX. Posição dos participantes face à dimensão Obstáculos à Implementação do Protocolo: MC no serviço	50

Quadro XX. Posição dos participantes face à dimensão Estratégias Promotoras da aplicação do MC	52
Quadro XXI. Número de Fatores pertinentes para o sucesso da Implementação do MC.....	56
Quadro XXII. Fatores pertinentes para o sucesso da Implementação do MC	57
Quadro XXIII. Comparação entre os grupos profissionais relativamente aos valores médios das dimensões (<i>scores</i>) e da escala global	58
Quadro XXIV. Comparação entre os grupos profissionais com e sem formação em neonatologia relativamente aos valores médios das dimensões (<i>scores</i>) e da escala global	59
Quadro XXV. Correlação entre as variáveis Idade, Tempo de serviço profissional e Tempo no serviço atual e as Dimensões (<i>scores</i>) e a escala global	61
Quadro XXVI. Relação entre os fatores de sucesso para a implementação do MC e a formação específica em neonatologia (sim/não)	62
Quadro XXVII. Relação entre os fatores de sucesso para a implementação do MC e a área profissional (medicina/enfermagem)	63

Lista de Abreviaturas

CHLC, EPE - Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

g - Gramas

MAC - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

MC - Método canguru

OMS - Organização Mundial de Saúde

POPH - Programa Operacional Potencial Humano)

QREN - Quadro de Referência Estratégico Nacional

Rn - Recém-nascido

Rn's - Recém-nascidos

RMBP - Recém-nascido muito baixo peso

RNPT - Recém-nascido prematuro

s - semanas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Introdução

Assistiu-se nas últimas décadas a uma notável evolução no âmbito da saúde mundial, tanto a nível técnico como a nível científico, o que tem potencializado um aumento da esperança de vida e uma considerável diminuição das taxas de mortalidade e morbidade neonatal.

Nascem anualmente cerca de quinze milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT) em todo o mundo, ocorrendo cerca de um milhão de mortes neonatais. A taxa de prematuridade é muito variável, encontrando-se entre os 5% em alguns países da Europa e os 18% em África, sendo que as maiores taxas de mortalidade infantil e de prematuridade se verificam na África e na Ásia, pelo que é objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) reduzir em 50% a taxa de mortalidade infantil nos países com taxa superior a 5%, sendo que, a maior parte destas mortes ocorre no período neonatal causada pela prematuridade. Na Europa, 75% das mortes neonatais ocorrem em RNPT e Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil (2,8/1000) e neonatal (2,1/1000) do mundo, identificando-se as assimetrias socioeconómica e no acesso aos cuidados de saúde como os principais fatores para a dramática diferença entre as taxas de mortalidade infantil e neonatal da África e da Europa (Barroso, 2015).

A OMS (2003), define RNPT como todo aquele que nasce com menos de trinta e sete semanas de gestação, independentemente do peso à nascença, e como recém-nascidos de muito baixo peso (RMBP) todos os recém-nascidos (Rn's) com peso ao nascimento inferior aos 1500 gramas (g), independentemente da idade gestacional. Considerando-se que a prematuridade, quando associada ao baixo peso ao nascimento, acarreta efeitos negativos consideráveis para a sobrevivência e desenvolvimento dos Rn's (Barker, 1995), além do inevitável e importante impacto socioeconómico que acarreta para as várias comunidades.

Se por um lado o desenvolvimento tecnológico permite uma melhoria dos cuidados prestados e a uma melhoria da saúde, por outro lado torna-se um entrave ao desenvolvimento da vinculação precoce entre pais e filhos. Nas sociedades ocidentais, verifica-se um recurso excessivo à tecnologia, nomeadamente no momento do parto, encontrando-se a díade mãe/filho privada de um contacto precoce efetivo, principalmente quando se trata de um parto prematuro ou em situações que quer mãe quer filho apresentem situações clínicas restritivas a este contacto. A qualidade do contacto inicial entre mãe/filho é fundamental para o desenvolvimento e estabelecimento de uma vinculação

saudável e promotora do desenvolvimento da criança, tornando-se extremamente fundamental em situações de risco, como a prematuridade.

Numa altura em que a humanização dos cuidados de saúde e a qualidade dos mesmos é foco central dos cuidados prestados, torna-se indiscutível a adoção de novas estratégias de cuidados capazes de melhorarem os mesmos, como o Método Canguru (MC), considerando a díade pais/filhos indispensável ao bem-estar de ambos e à excelência dos cuidados.

O MC preconiza o contacto direto pele a pele do RNPT com a sua mãe ou outro membro da família, de forma prolongada e contínua, de modo a garantir estabilidade térmica e a promover o aleitamento materno exclusivo.

O MC, quando iniciado na primeira semana de vida, está associado a uma redução de 51% na mortalidade (Moore *et al.* 2012), evidenciando também uma redução de 40% no risco de mortalidade após a alta, de 60% na infeção e de 80% na hipotermia (Lawn e al., 2010). Este método tem demonstrado outras vantagens, como prolongar o tempo de aleitamento materno, melhorar a recuperação ponderal e promover a ligação da díade mãe-filho. No que diz respeito ao desenvolvimento, o método canguru tem evidenciado benefícios a médio e longo prazo (Conde-Agudelo *et al.*, 2014). Constatou-se também redução na duração do internamento e na necessidade de recursos humanos (Lima *et al.*, 2000).

Em 2015, o MC passou a ser parte integrante dos cuidados prestados à díade Rn/família no serviço de neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE), mediante um completo e estruturado processo de implementação e da criação do Protocolo: MC.

A implementação do Protocolo: MC, surgiu da proposta lançada pela Associação XXS a três hospitais portugueses de referência da área materno-infantil (Hospital de São João, no Porto; Hospital São Francisco Xavier e MAC, em Lisboa) na sequência do concurso ao Financiamento do Programa Operacional Potencial Humano (POPH), com base no modelo de cuidados centrados no desenvolvimento - *Quantum Caring*, o qual considera o doente e a família no centro do sistema de cuidados.

Embora a MAC tenha integrado a 1 de Março de 2012, o CHLC, EPE, através do Decreto Lei nº 44/2012 de 23 de Fevereiro, cuja criação obedeceu a uma lógica de alargamento de hospitais com o estatuto de entidades pública empresarial, promovendo ainda uma mais eficaz rentabilização dos recursos existentes, com a prespetiva futura, de transferência

coletiva para o esperado Hospital de Todos os Santos (Sustelo, 2012), apresenta como Missão garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto, assim como o competente acolhimento do recém-nascido para a vida. Com a visão de ser reconhecida como unidade de excelência na área da saúde integral da Mulher. Para tal, prima pela qualidade dos serviços que presta e pela satisfação profissional dos seus colaboradores (MAC, 2011).

O serviço de neonatologia da MAC é pioneiro em áreas de inovação tecnológica da assistência intensiva neonatal e dispõe de uma equipa médica e de enfermagem altamente qualificada para além de serviços de apoio de nutricionista, fisioterapia e psicologia, contando ainda com médicos consultores de cardiologia, cirurgia, oftalmologia e neurologia.

Dada a especificidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos de risco; as suas características; as características de uma neonatologia, aliadas à importância do MC em neonatologia e tendo em conta que não existe até ao momento uma análise do processo de implementação deste procedimento sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, considerou-se útil o estudo da perceção dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, de modo a identificar eventuais obstáculos e determinantes do sucesso da implementação do MC.

Este trabalho apresenta o estudo da perceção dos profissionais de saúde sobre a implementação do MC ao longo de cinco capítulos.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico do tema estudado, com particular ênfase sobre a prematuridade, a sua definição e as suas implicações, os condicionantes dessa mesma condição, nomeadamente a mortalidade e morbilidade neonatal, e ainda o desenvolvimento dos bebés prematuros. Aborda-se também o MC enquanto estratégia de atenção humanizada ao RNPT e os seus desafios, para além de se apresentar sucintamente a filosofia dos cuidados centrados na família. Descreve-se também o processo de implementação do MC numa unidade hospitalar.

O segundo capítulo corresponde ao enquadramento metodológico, no qual se apresentam os objetivos do trabalho e descreve-se detalhadamente a metodologia utilizada para seleccionar a população-alvo, construir a ferramenta de inquirição utilizada, proceder à recolha de informação e para analisar os resultados.

No terceiro capítulo é efetuada a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, com recurso a gráficos e tabelas representativos dos dados relevantes, promovendo assim uma interpretação mais fácil dos mesmos.

O quarto e último capítulo versa as conclusões do trabalho.

Salienta-se ainda o facto deste trabalho ter sido redigido de acordo com as orientações para a redação de trabalhos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Capítulo 1. Enquadramento teórico

1.1. Neonatologia e prematuridade

A neonatologia e sua evolução são indissociáveis da história e da evolução da pediatria, a qual apenas se afirmou enquanto uma especialidade médica na segunda metade do século XIX. A primeira consulta para lactentes foi desenvolvida por Budin (considerado o criador da neonatologia moderna) e o seu colega Tarnier. Foi também Budin, quem vulgarizou a alimentação artificial com leite esterilizado e autor da primeira publicação sobre prematuridade em 1888. Por sua vez, Tarnier foi responsável pela idealização da primeira incubadora em 1878, sendo posteriormente aperfeiçoada por Budin, do ponto de vista do controlo térmico, da higiene e da nutrição do recém-nascido. Tendo sido apresentada na Europa por Couney, responsável pelo desenvolvimento da primeira unidade de cuidados intensivos para recém-nascidos (Ferraz & Guimarães, 2000; Amaral, 2004).

Budin e Marchand foram ainda os precursores da alimentação entérica dos Rn`s através de sonda nasal (proposta inicialmente defendida por Henriette em 1853 em Bruxelas) com seringa. No século XX, mais propriamente na década de oitenta surge a alimentação parentérica. Foi em 1888, que Crédé introduziu a prevenção da conjuntivite neonatal com a administração de nitrato de prata a 2%. Em 1909, Hoerder descreveu pela primeira vez a ventilação pulmonar em expansão na expiração. Em 1911, Engelmann, substituiu o cateter endotraqueal por uma máscara e introduziu o sistema de modulação. Posteriormente foi adequada a ventilação artificial aos Rn`s, introduzido o surfactante pulmonar, o diagnóstico precoce e o uso preventivo da vitamina D (Ferraz & Guimarães, 2000; Amaral, 2004).

Em Portugal, só no final de 1970 é que se começaram a estruturar as primeiras unidades neonatais, no entanto, os avanços na área da neonatologia iam sucedendo-se a um ritmo vertiginoso. Consta que a obra especial de proteção e defesa da mulher grávida terá tido o seu início no ano de 1755, após o terramoto de Lisboa, no qual o Hospital de Todos os Santos ficou destruído e os doentes tiveram de ser transferidos para o Colégio de Santo Antão. Com esta transferência, criou-se a Enfermaria de Santa Bárbara, a qual era composta por quarenta e duas camas e situava-se num extenso corredor interior, comprido e estreito, mal iluminado e com ventilação muito deficiente. Tendo a mesma alguns anos mais tarde sido transferida para um espaço mais amplo e arejado, num andar superior do mesmo edifício, passando a ter uma lotação de cinquenta e cinco camas. Contudo, com o passar do tempo as deficiências foram-se agravando. Mais tarde, no dia 31 de Maio de

1932, é inaugurada a Maternidade de Lisboa, tendo sido intitulada com o nome do Dr. Alfredo da Costa, em homenagem à sua vida e à obra, abrindo as portas ao público no dia 5 de Dezembro de 1932, com uma lotação inicial de 300 camas, 250 das quais destinadas a Obstetrícia e 50 a Ginecologia. Verificou-se no entanto um rápido crescimento e o número de grávidas com assistência médica pública sextuplicou no 1º ano. Ao longo dos anos a Maternidade evoluiu e tornou-se também num centro de assistência médico-social e de trabalho científico de qualidade na prestação de cuidados obstétricos e neonatais em Portugal (CHLC, 2010).

Mais tarde em 1976 foi nomeada pela Secretaria de Estado da Saúde, a Comissão para a Reestruturação do Sector da Saúde Materna e Infantil, a qual elaborou uma estratégia funcional de regionalização, definindo três níveis de cuidados à grávida e ao Rn. Em 1979 surge o Rastreio Neonatal da Fenilcetonúria, o qual abrangeu também o hipotiróidismo em 1981. Passado um ano criou-se o Programa de Melhoria de Cuidados em Perinatologia. Com a década de 70-80 deu-se início à cultura dos cuidados humanizados ao recém-nascido e à grávida, década esta também marcada pela primeira unidade de cardiologia pediátrica em Lisboa, no Hospital de Santa Marta. Mais tarde nos anos 80, surge o intensivismo neonatal, e conseqüentemente em 1984 a criação dum subsistema de transporte neonatal (Amaral, 2004). Com todo o desenvolvimento científico e tecnológico que se verificou desde os anos 70 até à atualidade, salienta-se a progressiva formação dos clínicos, dos enfermeiros e outros técnicos/profissionais de saúde, a qual culminou na crescente capacidade de resposta dos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde, ao recém-nascido pré-termo.

1.2. Prematuridade e suas conseqüências

Em todo o mundo nascem anualmente cerca de 20 milhões de Rn de muito baixo peso, em conseqüência de partos prematuros. Facto este, que contribui para a elevada taxa de mortalidade apresentada por alguns países, nomeadamente países subdesenvolvidos. Constituindo assim um importante problema de saúde pública, com reflexo substancial no elevado abandono neonatal e nas elevadas taxas de morbimortalidade neonatal e materna, com impactos elevados a nível socioeconómico para as famílias e sociedade (OMS, 2003; Brasil, 2002; 2013 & Barros, 1999).

O nascimento de um RNPT, que se considera todo aquele que nasce antes de completar as 37 semanas (s) de gestação, deve-se a múltiplos fatores, nomeadamente a idade materna

extrema (inferior a 19 anos e superior a 34 anos); condições socioeconómicas baixas; um precário estado nutricional da grávida; um acompanhamento pré-natal deficiente; a exposição a substâncias teratogénicas, como drogas, álcool, tabaco e outras substâncias químicas perigosas; doenças crónicas como patologias cardíacas, renais ou diabetes; trauma no pré-parto, infeções ou hipertensão gravídica; anomalias uterinas ou incompetência do cérvix; história de parto prematuro prévio ou tentativa de interrupção voluntária da gravidez; gravidez gemelar: hidrâmnio; infeção fetal; rutura prematura de membranas; placenta prévia ou placenta abrupta (Kenner, 2001).

O RNPT apresenta características especiais, tornando-se fundamental o conhecimento das mesmas, de modo a satisfazer de forma adequada as suas necessidades. Estes bebés apresentam capacidade de comunicar, através dos seus comportamentos, as suas necessidades e o seu nível de conforto. Dependendo as suas respostas da técnica e qualidade de cuidados prestados (Pacheco, 2001). Os Quadros de I a V apresentam as características do RNPT e as suas implicações.

Quadro I. Características do RNPT com idade gestacional inferior às 26s e suas implicações (Pacheco, 2001 cit. Duarte, 2008).

RNPT <26s	Características	Implicações
Motor	Desorganização; tónus muscular diminuído; Oferece pouca ou nenhuma resistência à manipulação.	Posição em flexão; Alinhamento pela linha mediana com auxílio de suportes.
Estado	Estados pouco definidos; Evidência dos períodos de alerta e repouso, onde as tentativas para despertar resultam em instabilidade fisiológica.	Períodos de repouso; Redução do ruído, luz e manipulação.
Visão	As pálpebras podem estar fundidas às 23-25 semanas; Ausência de reflexo pupilar; Pode abrir os olhos, mas não consegue focar; Responde a estímulos visuais, evidenciando sinais de stress.	Proteger os olhos da luz durante a prestação de cuidados; Limitar a exposição e os estímulos visuais.
Toque	Pele frágil e sensível; Comportamentos difusos em resposta ao toque, incluindo instabilidade fisiológica e psicológica; Por períodos após procedimentos dolorosos.	Limitar a quantidade e frequência da manipulação; Promover a organização comportamental, com o auxílio de material de contenção; Uso restrito de adesivos.

Alimentação	Sistema gastrointestinal imaturo; Incapacidade para mamar; Recetores gustativos e olfativos, supõem-se funcionantes.	Proteção de odores nocivos.
Interação social	Incapacidade para a reciprocidade de interação social; Baixa tolerância aos estímulos sociais; Energia e organização comportamental para o esforço de auto regulação, limitada; Relação parental ameaçada pela experiência da UCIN.	Proteger da hiperestimulação; Estratégias que promovam a organização e regulação do comportamento; Comunicação positiva, promotora da relação pais/filho.

Quadro II. Características do RNPT com idade gestacional entre as 26 e 28s e suas implicações (Pacheco, 2001, cit. Duarte, 2008).

RNPT 26-28s	Características	Implicações
Motor	Movimentos incontrolados; Tonicidade muscular diminuída; Membros em extensão a maior parte do tempo.	Posição em flexão, alinhamento pela linha mediana, com auxílio de suportes.
Estado	Estados pouco definidos; Evidência dos períodos de alerta e repouso; breves períodos de alerta espontâneo.	Períodos de repouso; redução do ruído luz e manipulação.
Visão	Começa a orientar-se para uma fonte de som suave, por volta das 28 semanas; Sensibilidade ao som expressa por instabilidade fisiológica; Pode responder e manifestar preferência pela voz materna.	Limitar intensidade e número de fontes de ruído; Falar com voz suave em contingência com o estado, comportamento necessidades manifestadas.
Toque	Pele frágil e sensível; comportamentos difusos em resposta ao toque, incluindo instabilidade fisiológica; pode demonstrar sinais de stress em resposta à manipulação.	Limitar quantidade e frequência da manipulação; Promover organização comportamental e estimulação táctil positiva, com auxílio de material de contenção; Oportunidade de contacto pele a pele, para as crianças em situação estável: ponderar o uso de materiais adesivos.
Alimentação	Reflexo de sucção presente, mas com défice organizacional; Incapacidade para mamar ao seio; Recetores gustativos e olfativos funcionantes.	Proteção de odores nocivos; Colocar uma compressa embebida em leite materno na incubadora, durante a alimentação.

Interação social	<p>Incapacidade para a reciprocidade de interação social;</p> <p>Baixa tolerância aos estímulos sociais;</p> <p>Energia e organização comportamental para o esforço de auto regulação limitada;</p> <p>Relação parental ameaçada pela experiência na UCIN.</p>	<p>Proteger da hiperestimulação;</p> <p>Intervenções estratégicas que promovam a organização e regulação do comportamento;</p> <p>Comunicação positiva, promotora da relação pais/filho.</p>
-------------------------	--	--

Quadro III. Características do RNPT com idade gestacional entre as 28 e 30s e suas implicações (Pacheco, 2001, cit. Duarte, 2008).

RNPT 28-30s	Características	Implicações
Motor	<p>Movimentos incontrolados - tremores;</p> <p>Tónus muscular diminuído;</p> <p>Membros em extensão a maior parte do tempo.</p>	<p>Posição em flexão, alinhamento pela linha mediana com auxílio de suportes.</p>
Estado	<p>Estados pouco definidos;</p> <p>Evidência dos períodos de alerta e repouso;</p> <p>Breves períodos de alerta espontâneo.</p>	<p>Períodos de repouso;</p> <p>Redução do ruído, luz e manipulação.</p>
Visão	<p>Ausência de reflexão pupilar;</p> <p>Pode abrir os olhos ocasionalmente, mas não consegue focar;</p> <p>Movimentos dos olhos rápidos, com baixa coordenação,</p> <p>Responde a estímulos visuais, evidenciando sinais de stress.</p>	<p>Proteger os olhos da luz intensa durante a prestação de cuidados;</p> <p>Limitar a exposição à luz brilhante e aos estímulos visuais.</p>
Audição	<p>Começa a orientar-se para uma fonte de som suave, por volta das 28 semanas; sensibilidade ao som expressa por instabilidade fisiológica;</p> <p>Pode responder e manifestar preferência pela voz materna.</p>	<p>Limitar intensidade e número de fontes de ruído;</p> <p>Falar com voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidades manifestadas.</p>
Toque	<p>Pele frágil e sensível;</p> <p>Comportamentos difusos em resposta ao toque, incluindo instabilidade fisiológica e psicológica;</p> <p>Pode demonstrar sinais de stress em resposta à manipulação.</p>	<p>Limitar quantidade e frequência da manipulação;</p> <p>Promover organização comportamental e estimulação táctil positiva, com auxílio de material de contenção;</p> <p>Oportunidade de contacto pele a pele, para as crianças em situação estável;</p> <p>Ponderar o uso de materiais adesivos.</p>

Alimentação	Reflexo de sucção presente, mas com déficit organizacional; Incapacidade para mamar na mama; Recetores gustativos e olfativos, funcionantes.	Proteção de odores nocivos; Colocar uma compressa embebida em leite materno, na incubadora, durante a alimentação.
Interação social	Incapacidade para a reciprocidade de interação social; Baixa tolerância aos estímulos sociais; Energia e organização comportamental, para o esforço de auto regulação, limitada; Vinculação parental ameaçada pela experiência na UCIN.	Proteger da hiperestimulação; Intervenções estratégicas, que promovam a organização e regulação do comportamento; Comunicação positiva, promotora da relação pais/filho.

Quadro IV. Características do RNPT com idade gestacional entre as 30 e 33s e suas implicações (Pacheco, 2001, cit. Duarte, 2008).

RNPT 30-33s	Características	Implicações
Motor	Movimentos mais controlados, mas continuam a ser comuns tremores e a assustar-se com facilidade; os membros inferiores começam a desenvolver flexão durante períodos de repouso; Movimentos ativos dos membros inferiores e superiores.	Posição em flexão, alinhamento pela linha mediana, com auxílio de suportes. Os movimentos e a postura podem indicar esforços de interação.
Estado	Organização dos estados de alerta e de repouso; Os períodos de sono profundo aumentam, mas continuam a predominar os períodos de sono ativo.	Proteger os períodos de sono profundo; Prestação de cuidados durante os períodos de alerta; Redução do ruído, luz e manipulação; Recurso aos sinais de stress e estabilidade para modular a estimulação e a interação social, durante os períodos de atenção que se começam a delinear.
Visão	Melhoria do reflexo pupilar; Aumenta a capacidade de manter as pálpebras fechadas em resposta à luz; Consegue focar por breves instantes estímulos visuais, como o rosto humano; possibilidade de abrir os olhos em ambiente escurecido.	Proteger os da luz direta; Escurecimento do ambiente favorece a abertura dos olhos; Observar as respostas aos estímulos visuais, pesquisando sinais de stress ou fadiga; Proteger da luz durante a prestação de cuidados.
Audição	Preferência pela voz humana; Comportamentos de resposta aos sons mais	Limitar a intensidade e número de fontes de ruído; Falar com voz suave em conformidade

Audição (continuação)	consistentes e organizados; Sensibilidade ao som, expressa por instabilidade fisiológica.	com o estado, comportamento e necessidades manifestadas; Providenciar um ambiente sonoro rítmico, cíclico e padronizado.
Toque	Pele frágil e sensível; Comportamentos difusos em resposta ao toque, incluindo instabilidade fisiológica e psicológica; Início de respostas de habituação pelas 32 semanas; Pode demonstrar sinais de stress em resposta à manipulação.	Limitar quantidade e frequência da manipulação; Promover organização comportamental e estimulação táctil positiva, recorrendo a material de contenção; Oportunidade de contacto pele a pele, para as crianças em situação estável.
Alimentação	Coordenação de reflexo de sucção com a deglutição; Sucção rítmica começa a aparecer mais coordenada; Organização das respostas comportamentais e estado, relativamente e estímulos complexos de alimentação.	Promoção da sucção não nutritiva, conforme tolerância, durante a alimentação por declive e manobras mais invasivas ou causadoras de desconforto; Estimulação da sucção ao seio materno.
Interação social	Capacidade limitada para a reciprocidade de interação social; Pode exibir comportamentos e sinais de stress relacionados com o processo de socialização; Comportamentos de auto regulação como o levar a mão à boca podem aumentar; Estados de alerta e contacto visual ocasionais podem ser utilizados como estimuladores da vinculação parental.	Proteger da hiperestimulação; Intervenções estratégicas, que promovam a organização e regulação do comportamento; Comunicação positiva, promotora da relação pais/filhos.

Quadro V. Características do RNPT com idade gestacional entre as 33 e 37s e suas implicações (Pacheco, 2001, cit. Duarte, 2008).

RNPT 33-37s	Características	Implicações
Motor	As articulações tendem à flexão durante o repouso; Acordado pode movimentar os membros ativamente; Os movimentos continuam a tornar-se mais controlados e suaves; É capaz de virar a cabeça; Aumenta a resistência aos movimentos passivos das extremidades;	Apoio da flexão, favorecedora do desenvolvimento da musculatura e organização dos comportamentos de auto regulação; Os movimentos e a postura podem indicar esforços de interação.

Motor (continuação)	Melhoria da postura e movimentos de auto regulação.	
Estado	Os estados continuam a definir-se claramente; Progressão na aquisição de períodos de sono calmo e profundo; Transição suave entre períodos de alerta; Começa a acordar antes das refeições.	Proteger os períodos de sono profundo; Redução do ruído, luz e manipulação, Prestação de cuidados durante os períodos de alerta e com um padrão favorecedor da organização dos estados; Recurso aos sinais de <i>stress</i> e estabilidade para modular a estimulação e interação social.
Visão	Aumenta a capacidade de manter as pálpebras fechadas em resposta à luz; Reflexo pupilar; Olhos abertos durante o estado de alerta; Reage aos estímulos visuais, mas facilmente pode cansar-se com a hiperestimulação; Dificuldade em fixar o olhar num objeto altamente estimulante; movimentos oculares podem parecer descoordenados.	Proteger os olhos da luz direta e intensa: escurecimento do ambiente favorece a abertura dos olhos; Promover a capacidade emergente para o contacto e exploração visual, observando e respondendo em consonância aos sinais de <i>stress</i> ou estabilidade evidenciados.
Audição	O comportamento reflete a sensibilidade individual ao som; Comportamento de resposta aos estímulos sonoros do ambiente, mais consistente e organizado.	Limitar intensidade e número de fontes de ruído; Falar com voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidade manifestadas; Ambiente sonoro rítmico, cíclico e padronizado.
Toque	Pele frágil e sensível; aumento da tolerância a uma variedade de tipos de toque; resposta fisiológica e psicológica; variada aos estímulos dolorosos; Pode exibir hipersensibilidade em resposta à manipulação por um longo período após um episódio de dor aguda.	Limitar quantidade e frequência da manipulação; Promover organização comportamental e estimulação táctil positiva, com auxílio de material de contenção e planeamento de experiências tácteis em consonância com o estado e comportamento do recém-nascido; Oportunidade de contacto pele a pele, para as crianças em situação estável; Ponderar o uso de adesivos.
Alimentação	Capacidade para se alimentar; Coordenação de reflexo de sucção com a deglutição e respiração, ganham consistência; Alimentação total por via oral ainda pode estar limitada; Um padrão de alimentação ao seio começa a delinear-se.	Promoção de sucção não nutritiva, conforme tolerância durante a alimentação por declive e manobras mais invasivas ou causadoras de desconforto; Estimulação do aleitamento materno.

Interação social	<p>Aumenta a capacidade para a interação social, podendo por vezes ser da iniciativa do recém-nascido;</p> <p>Pode continuar a exibir comportamentos e sinais de stress relacionados com o processo de socialização;</p> <p>Pode somente tolerar um tipo de estímulo social de cada vez;</p> <p>Os comportamentos de auto regulação aumentam e diversificam-se.</p>	<p>Promover a socialização de forma gradual e de acordo com o estado do recém-nascido;</p> <p>Proporcionar um estímulo de cada vez e observar a resposta;</p> <p>Fomentar a competência parental para a identificação das capacidades de comunicação do bebé.</p>
-------------------------	---	---

De acordo com a OMS (2003), todos os anos nascem cerca de vinte milhões de bebés com baixo peso, o que representa um importante problema de saúde, verificando-se também uma elevada prevalência de morbimortalidade neonatal, com impactos socioeconómicos elevados para as famílias e sociedade.

A prematuridade acarreta graves consequências médicas e sociais, as quais vão desde o abandono destas crianças quando existe um período prolongado de separação entre elas e a sua família e/ou quando estamos perante custos elevados dos cuidados prestados (Brasil, 2002). Pelo que o conhecimento da mortalidade fetal e neonatal e morbidade infantil, são fundamentais para o desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde, nomeadamente ao nível da assistência materno-infantil (Miura, 1997). Sendo que os principais indicadores de saúde de uma população, são constituídos pelo coeficiente de mortalidade infantil (corresponde ao número de mortes de crianças menores de um ano por 1000 nascidos vivos no ano); o coeficiente de mortalidade neonatal (corresponde ao número de mortes neonatais por 1000 nascidos vivos no ano); o coeficiente de mortalidade perinatal (é definido pelo de natimortos e mortos no período neonatal até sete dias de vida por 1000 nascidos); e o coeficiente de natimortalidade (é o número de natimortos de 500g ou mais ao nascer por 1000 nascimentos).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil (2,8/1000) e neonatal (2,1/1000) do mundo, verificando como limite de viabilidade neonatal as 25 semanas de gestação, com uma taxa de sobrevivência de 50% apenas possível pelo crescente desenvolvimento e aperfeiçoamento dos cuidados neonatais, salientando-se a administração pré-natal de corticoides, o transporte in útero para uma Unidade de nível III, a regionalização de cuidados perinatais, o nascimento em Unidade de nível III e ausência de transporte neonatal (Barroso, 2015). É de

referir ainda que ao longo do triénio 2013-2015, se verificou um decréscimo no nascimento de Rn \leq 1500g (passando-se de 849 para 755), com uma progressiva redução de óbitos destes bebés (de 107 para 83). O mesmo verificou-se em relação ao nascimento (passando de 320 para 248) e aos óbitos (passou-se de 85 a 67) de Rn \leq 1000g.

1.3. Filosofia dos cuidados centrados na família

De acordo com Pinto (*et al.*, 2010), a terminologia cuidado centrado na família surgiu inicialmente em meados de 1969, de modo a definir a qualidade dos cuidados prestados a nível hospitalar, com base na perspectiva da díade utente/família, além de pretender discutir a autonomia do utente, tendo em conta as suas próprias necessidades no âmbito da saúde. Assim, passou-se em 1990 da aplicação do conceito medicina centrada no doente, para o cuidado centrado na família. Dada a abrangência possibilitada por esta filosofia, o Instituto do Cuidado Centrado na Família (ICCF) ampliou a abordagem centrada na família em contexto pediátrico a outros contextos, nomeadamente aos cuidados a adultos e idosos.

Os cuidados centrados na família baseiam-se numa filosofia de cuidados com abordagem holística e hierárquica dos cuidados de saúde em pediatria (Hutchfield, 1999, cit Cardoso, 2010), sendo os mesmos planeados; prestados e avaliados em parceria, constituindo-se como um cuidado destinado a todos os utentes, praticado em qualquer unidade/serviço de saúde e por todos os profissionais de saúde (Pinto *et al.*, 2010).

Cardoso (2010, cit Smith *et al.*, 2006), resume estas considerações e define os cuidados centrados na família como o “(...) suporte profissional da criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados.”

De acordo com Cardoso (2010), citando Ahmann e Johnson (2000), Franck & Callery (2004), Hanson (2005) e Hutchfield (1999), a filosofia dos cuidados centrados na família, assenta em pressupostos devidamente estruturados:

1 – Reconhecimento do papel central da família na vida da criança;

2 – Reconhecimento de que o cuidar da criança inclui o cuidar da família, nomeadamente no seu desejo de participar em todo o processo de saúde da criança, desde a tomada de decisão à prestação de cuidados;

- 3 – Proporcionar cuidados adequados às necessidades da criança/família, e que estes se assumam acessíveis, flexíveis, responsáveis e sensíveis;
- 4 – Reconhecimento da individualidade da família, das suas preferências e prioridades;
- 5 – Valorização do conhecimento e potencialidades parentais relativamente à criança;
- 6 – Partilhar com a família continuamente, as informações necessárias aos cuidados;
- 7 – Reconhecimentos dos aspetos fortes da família e respeitar os seus diferentes modos de lidar com as situações;
- 8 – Respeitar a dignidade e a diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica das famílias.

Considera-se que a filosofia dos cuidados centrados na família tem como fundamentos base a dignidade e respeito; a partilha de informações; a participação e a colaboração.

A evidência demonstra que a adoção da filosofia dos cuidados centrados na família promove múltiplos e consideráveis benefícios para todos os envolvidos, desde a melhoria dos resultados de saúde; a diminuição dos custos em saúde; a alocação mais efetiva dos recursos; a redução de erros e processos clínicos; a diminuição da insatisfação por parte da tríade utente/família/profissionais; o aumento da autoeficácia/advocacia dos utentes/famílias e o aumento da literacia em saúde (Cruz e Angelo, 2011). Deste modo, pode perceber-se o real impacto desta filosofia, na qualidade e segurança dos cuidados prestados, podendo motivar a avaliação dos mesmos por parte de Comissões de Acreditação (Cruz e Angelo, 2011) externas, a nível institucional. No entanto, e tendo em conta que a filosofia dos cuidados centrados na família, tem por base a crença de que as necessidades emocionais e desenvolvimentais da criança, bem como o bem-estar familiar, são tanto mais eficazmente alcançados, tanto quanto as competências parentais são motivadas e ativadas, através do crescente envolvimento familiar nos cuidados prestados à criança, constatamos a importância da atitude dos profissionais de saúde e da disponibilidade de recursos, para a implementação correta e adequada desta abordagem de cuidados. Como tal, é necessário que ocorra uma mudança de orientações por parte dos serviços/administrações de saúde e dos comportamentos dos seus profissionais, rompendo com modelos de cuidados ainda muito presentes em alguns serviços, altamente tecnicistas e paternalistas.

Consideramos que o cuidar global da família, como uma responsabilidade e compromisso ético e moral inerente à prática de todos os profissionais de saúde, pelo que se torna fundamental criar/desenvolver um ambiente adequado a uma efetiva e satisfatória relação terapêutica.

1.4. MC enquanto estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro – desafios

Temos verificado nos últimos anos, uma crescente valorização do toque e dos seus benefícios em neonatologia. Gottfried (1990) salienta o fato do toque apresentar múltiplos benefícios a nível da saúde e do desenvolvimento dos bebês e crianças, tanto a nível físico, como cognitivo, emocional e social, sendo este considerado com o ingrediente mágico e fundamental ao desenvolvimento do bebê e crianças. Blackwell (2000) vai mais longe e refere a existência de uma estreita ligação entre cuidados inadequados e distúrbios comportamentais, a qual se encontra sustentada através do papel que o sistema endócrino parece desempenhar nestas situações. Investigações efetuadas no âmbito da ausência de toque e do desenvolvimento em geral, demonstram uma clara e efetiva relação entre ambiente e desenvolvimento (quer em amostras de humanos quer de não humanos), parecendo que os cuidados em que o toque se encontra presente, interagem com o sistema endócrino, influenciando o desenvolvimento físico, desempenho cognitivo, comportamento social e o afeto (Giannotti, 2001).

O MC também é conhecido por método mãe-canguru ou mesmo por contato pele a pele. Este método foi desenvolvido em 1978 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia, de modo a fazer face ao problema de falta de incubadoras que se verificava na época pela sobrelotação das unidades neonatais, nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos numa mesma incubadora (Charpak, 2001). Este método destinava-se a potenciar a alta precoce a RN's de baixo peso, de modo a evitar as infeções cruzadas; ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce da ventilação mecânica, elevadas taxas de mortalidade neonatal e o abandono materno (Venâncio & Almeida, 2004).

O método consistia em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele e em posição vertical, posição esta frequentemente usada de forma preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar. Desta forma os RNPT eram mantidos aquecidos, com uma temperatura controlada. Observou-se que, para além da termoregulação, os bebês

passaram a demonstrar uma estabilidade a nível clínico mais rápida e eficaz, o que lhes permitia uma alta hospitalar precoce. Foi também possível constatar que o contato pele a pele precoce e duradouro entre mãe e filho, favorecia a formação de vínculos afetivos entre ambos. Estas evidências despertaram o interesse da UNICEF. Este trabalho foi continuado por Gómez e Pérez, médicos pediatras da mesma instituição (Lamy *et al.*, 2005).

Charpak & Figueroa, implantaram o Programa Mãe-Canguru na Clínica del Niño do Instituto de la Seguridad Social (ISS) da Colômbia, com a colaboração de um grupo multiprofissional, em 1993. Este programa contou com o apoio do World Laboratory e da Unión Europea (EED). Este grupo foi responsável pela difusão da técnica e também da realização de inúmeras pesquisas desenvolvidas (Lamy *et al.*, 2005).

Inicialmente considerado um método utilizado em comunidades e países com grandes dificuldades socioeconômicas, rapidamente se assistiu à sua disseminação aos países em desenvolvimento e aos países desenvolvidos de todo o mundo. O MC passou então a estar presente ao nível dos diferentes níveis da prestação de cuidados, com evidentes resultados nas taxas de mortalidade e morbidade infantil, dos países que o aplicam de forma sistemática. Contudo, este método não deve ser entendido como substituto dos tratamentos terapêuticos, mas sim como contributo para o processo de recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

O MC pode ser iniciado logo após o nascimento, no entanto quando os recém-nascidos apresentam complicações hemodinâmicas e/ou clínicas, em especial prematuros, os cuidados iniciais devem seguir os protocolos institucionais elaborados com base nas características da unidade de cuidados e bebés internados, devendo ser elaborados em concordância com a equipa multidisciplinar para que se torne mais fácil a aceitação.

Lamy *et al.* (2005, citando entre outros autores, Wallin *et al.*, 2004; Tallandini *et al.*, 2004), salientam as inúmeras experiências desenvolvidas a nível mundial no âmbito do MC, sua aplicabilidade e benefícios para a díade mãe/bebé. Estudos realizados e publicados em Israel, apontam o cuidado canguru como uma intervenção que facilita o desenvolvimento sensorial do recém-nascido promovendo o vínculo com a mãe. Na Índia, estudos relacionando o aumento de peso, aleitamento materno, tempo de internamento e o cuidado canguru, verificou-se que o tempo de permanência em posição canguru é de cerca de quatro horas, e os resultados demonstram que o aleitamento e o ganho ponderal são efetivamente melhores nos bebés que fazem o MC. Em África ficou demonstrada as

vantagens ao nível da estabilidade fisiológica, benefícios ao nível da amamentação, diminuição da infeção e aumento do vínculo nas crianças que estão sob o cuidado canguru. Estudos desenvolvidos no Equador, Colômbia, Etiópia, México e Indonésia, demonstraram que o método de canguru se encontra associado à redução do risco de infeção hospitalar em bebés com 41 semanas de idade gestacional corrigida, à redução de doenças graves e à redução de infeções respiratórias aos 6 meses de idade que os bebés submetidos ao método de canguru apresentaram um maior aumento de peso diário, por outro lado verificou-se que a nível do desenvolvimento psicomotor, não se verificaram no entanto, diferenças entre os bebés submetidos ao MC e o grupo de controlo. Também não se verificaram diferenças a nível da mortalidade infantil em ambos os grupos. Países desenvolvidos como a Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Espanha, Dinamarca, Noruega e Suécia, apresentam estudos em que o MC é eficaz no aumento do vínculo mãe-filho, no desenvolvimento de um maior nível de segurança da família na manipulação do bebé prematuro e na estimulação do aleitamento materno. Na Inglaterra e na Alemanha, estudos direcionados para as repercussões da posição canguru em aspetos fisiológicos como a temperatura e o nível de oxigenação concluem que este método é seguro e deve ser implementada nas unidades neonatais, podendo também ser utilizado no transporte neonatal, pois não apresenta efeitos fisiológicos deletérios, sendo apontadas vantagens em relação ao transporte em incubadora.

Azevedo, David e Xavier (2011, cit. Ludington-Hoe e Swinth, 1996; Yecco, 1993; Hall e Kristen, 2008), salientam que o MC pode favorecer a maturação do sistema nervoso autónomo e do ritmo circadiano favorecendo o estado de sono, principalmente o sono profundo, o qual é fundamental para o desenvolvimento e organização cerebral do RNPT, uma vez que há uma maior conservação de energia e conseqüente aumento ponderal. A literatura mostra também a redução de sinais de dor, principalmente durante procedimentos dolorosos, em RN's colocados em canguru (Azevedo, David e Xavier (2011, cit. Kostandy *et al.*, 2008; Johnston *et al.*, 2008). Dada a relevância do MC ao nível dos seus múltiplos benefícios, consideramos pertinente que os mesmos sejam apresentados de forma sistematizada (Quadro VI).

Quadro VI. Quadro resumo dos benefícios do MC [Davis & Stein (2004); Brasil, (2002); Johnson, (2005); Azevedo (2012); Bera *et al.* (2014); Moore *et al.*, 2012); Conde-Agudelo & Díaz-Rossello (2014); Mitchell *et al.* (2013); Park *et al.* (2014); Soukka *et al.* (2014)].

	Benefícios
Bebé	Manutenção da temperatura corporal; Estabilidade da frequência cardíaca e respiratória; Melhor oxigenação; Diminuição do <i>stress</i> e agitação; Efeito analgésico; Maiores e melhores (mais tranquilos e profundos) períodos de sono; Maior calma e tranquilidade, como menores períodos de choro; Aumento ponderal facilitado; Melhor adaptação à mama durante amamentação; Promove o desenvolvimento neurocomportamental.
Pais	Promove o relaxamento; Aumento de confiança na sua capacidade parental; Aumento da disponibilidade e confiança para a alta hospitalar do bebé; Vinculação superior, " <i>bonding</i> ", entre pais e filho; As mães apresentam maior sucesso na amamentação e um maior aporte de leite.
Outros	Menor percentagem de morte neonatal; Menor percentagem de mortalidade pós-alta; Menor tempo de internamento hospitalar; Melhor relação entre família e equipa de saúde; Diminuição da infeção hospitalar; Diminuição dos gastos em saúde.

Relativamente à aplicabilidade do MC e contrariamente à realidade colombiana, o cuidado canguru na Europa encontra-se centrado nas unidades neonatais. Estudos realizados em Itália e em Espanha reforçam os seus benefícios ao nível do desenvolvimento do bebé, do aleitamento materno e para a formação de vínculo entre pais e filhos. Os relatos relativos ao tempo e frequência da aplicação do método mostram um tempo curto de contacto pele a pele, variando em média de 30-90 minutos/dia. Nos países nórdicos como a Escandinávia, onde o índice de desenvolvimento humano é elevado, o MC também é utilizado nas unidades neonatais, com duração de uma hora diária (Lamy *et al.*, 2005, cit Christensson *et al.*, 1992; Legault *et al.*, 1995 ; Monasterolo *et al.*, 1998 ; Ludington-Hoe *et al.*, 2000).

Importa no entanto, dada a abrangência e complexidade do MC não incorrer no erro de considerar MC como sinónimo de posição canguru, uma vez que “(...) a prática do MC não visa apenas ao contato pele a pele, o qual pode, até mesmo, ser utilizado de forma mecânica como mais uma técnica, dentre outras tantas, no dia a dia das unidades neonatais. A posição canguru (...) é utilizada como parte do Método.” (Brasil, 2013, p.30).

Atualmente um dos maiores desafios em neonatologia relaciona-se com um modelo de cuidados ao recém-nascido centrado na família (Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Johnson, 2005). Os cuidados diferenciados de que os recém-nascidos prematuros necessitam, obriga-os a internamentos mais ou menos prolongados em unidades de cuidados especiais ou de cuidados intermédios neonatais, que apresentam um ambiente excessivamente tecnológico, que por si só é fonte de stress acrescido para o bebé e para os seus pais, devido ao excesso de ruídos, luminosidade, e estimulação táctil excessiva devido a procedimentos invasivos. Este ambiente provoca uma barreira acentuada entre a tríade, a qual se vê muitas vezes restringida na comunicação (verbal e/ou não verbal) em si.

Freitas e Camargo (2006) referem que os cuidados perinatais vão além do estado de saúde do Rn, uma vez que procuram estabelecer relações com a família e a equipa multidisciplinar. Considerando que no mundo ocidental, é da competência da família a responsabilidade pelo bem-estar e segurança da criança, mais relevante se torna que a mesma seja envolvida nos cuidados de saúde a prestar à mesma, pelo que, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), é da responsabilidade do enfermeiro favorecer a interação Rn/família de modo a permitir a sua integração no cuidar, surgindo assim o MC como uma estratégia de atenção humanizada ao RNPT/família, fundamental a todo esse processo.

O MC caracteriza-se então por ser uma estratégia complementar aos cuidados tradicionais, amplamente medicalizados, que promove o conhecimento integral do RNPT pelos seus pais. Cabe pois, à equipa de multidisciplinar informar de forma clara e eficaz, em que consiste o MC, a sua aplicabilidade, suas vantagens e incentivar a sua prática.

Em duas revisões sistemáticas da literatura desenvolvida em 2015 por Seidman *et al.* e por Chan *et al.* em 2016, permitiu evidenciar que a prática do MC apresenta-se como uma prática complexa, devido às suas múltiplas componentes, salientando-se o próprio MC (duração/aplicação); a amamentação; alta precoce e o acompanhamento pós-alta. Considerando-se ainda que a inexistência de uma norma de procedimento, torna mais difícil

a efetiva implementação do MC. Os mesmos autores reforçam ainda que a implementação do MC deverá ser considerada em três dimensões:

1 - pais (mães e pais)/famílias, pois são eles que geralmente são os principais cuidadores dos Rn's, devendo por isso ser envolvidos na tomada de decisão e na prática dos cuidados;

2 - profissionais de saúde, fundamentais para formar e educar os pais/famílias sobre os cuidados prestados ao Rn, nomeadamente no âmbito do MC, sua importância, prática e implementação;

3 - instalações, tanto nas unidades de saúde como no domicílio.

Como tal apresentam-se como barreiras à sua implementação a própria condição do RNPT, a qual pode dificultar o *bonding* e o envolvimento parental; a falta de privacidade; a ausência dos pais/família; a falta de conhecimento acerca do MC e sua importância, por parte dos pais/família e profissionais de saúde; a falta de tempo e in experiência por parte dos profissionais de saúde e as condições físicas inadequadas à prática do MC. No entanto, também os sistemas de saúde, nomeadamente ao nível do financiamento, com real impacto na criação de ambientes adequados ao acompanhamento domiciliário e adequação dos recursos humanos e logísticos são apontados como barreiras à implementação do MC. Por outro lado, surgem como principais estratégias promotoras da implementação do MC, a formação dos profissionais de saúde e pais/família e a integração do MC enquanto estratégia assistencial ao RNPT, com inclusão em orientações de saúde materno-infantil.

1.5. Implementação do Protocolo: MC no serviço de neonatologia da MAC – CHLC, EPE

Tem-se verificado nos últimos anos que a prática do MC, inicialmente desenvolvido em Bogotá, na Colômbia país subdesenvolvido, de modo a fazer face ao problema de falta de recursos (Charpak, 2001), tem aumentado exponencialmente nos países industrializados devido ao reconhecimento dos benefícios inerentes à sua prática em RNPT.

O MC tem sido, como podemos constatar, uma estratégia de cuidados humanizados ao RNPT ao longo dos anos, nomeadamente no serviço de neonatologia da MAC - CHLC, EPE. Contudo, foi em 2015 que esta estratégia passou a ser parte integrante dos cuidados prestados à díade Rn/família, mediante um completo e estruturado processo de implementação do Protocolo: MC.

A implementação do Protocolo: MC, resultou da proposta lançada pela Associação XXS a três hospitais portugueses de referência da área materno-infantil (Hospital de São João, no Porto; Hospital São Francisco Xavier e MAC, em Lisboa) na sequência do concurso ao Financiamento do Programa Operacional Potencial Humano (POPH), o qual concretiza a agenda temática para o potencial humano inscrita no Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN), com o objetivo de estimular o potencial de crescimento sustentado da economia portuguesa. A proposta de financiamento inscreveu-se no Eixo Prioritário 6 - Cidadania, Inclusão e Desenvolvimento Social, no âmbito da Prematuridade (IGFSE-IP, 2013), e teve por base o modelo de cuidados centrados no desenvolvimento - *Quantum Caring*, o qual considera o doente e a família no centro do sistema, contando para tal, com a colaboração do Instituto *Caring Essentials Collaborative*, criado em 2011 pela enfermeira norte americana Mary Coughlin.

O referido modelo de cuidados promove uma mudança na filosofia dos cuidados em neonatologia, utilizando como base as melhores práticas baseadas em evidências, *coaching* e aprendizagem. E apresenta como pilares a cura; o ambiente; o cuidado familiar integrado; o sono; a dor e stress: prevenção, avaliação, gestão e as atividades da vida diária: postura e mobilidade, alimentação e nutrição, cuidados com a pele e higiene. Esta abordagem única, baseada em evidências não só educa como motiva e capacita os profissionais de saúde da área neonatal, a transformar a experiência dos cuidados em resultados mensuráveis e sustentáveis (Caring Essentials Collaborative, 2011).

Após uma cuidada análise do modelo de cuidados proposto, coube aos três hospitais delinear a estratégia de cuidados que melhor lhes permitia integrar esta nova filosofia de cuidados, funcionando como o ponto de partida para adoção integral do modelo. Como tal, a MAC delimitou como estratégia de cuidados a implementar o Projeto: MC.

Processo de implementação do Projeto: MC, decorreu durante o período de outubro de 2014 a abril de 2015, e foi faseado, conforme o preconizado pelo *Caring Essentials Collaborative*:

- Fase I - Constituídos o grupo de trabalho e os elementos dinamizadores do MC no serviço de neonatologia;
- Fase II - Programa formativo versando os conteúdos teóricos: MC, definição, importância; aplicação e registo, tendo abrangido 80% dos profissionais de saúde e todos os pais interessados em conhecer e aplicar o MC com os seus filhos. O programa formativo foi alvo de uma auditoria periódica e era composto

primeiramente por um inquérito *on-line* aos profissionais de saúde e posteriormente formação dos profissionais através de sessões teórico-práticas (outubro e dezembro de 2014) e sessões práticas (dezembro de 2014 e janeiro de 2015). Também foi aplicado aos pais um inquérito em formato papel, seguindo-se sessões semanais de formação (partir de 16 de janeiro de 2015).

- Fase III - Implementação prática do MC (entre janeiro e abril de 2015). Esta fase foi alvo de uma auditoria parcelar em fevereiro de 2015, culminando na auditoria final em abril de 2015, com objetivo de avaliar a mudança da prática dos cuidados prestados no serviço de neonatologia, até então.
- Fase IV - Divulgação dos resultados obtidos durante todo o processo de implementação do Projeto: MC.

No final do processo de implementação, as evidências técnicas recolhidas, suportadas por evidências científicas, permitiram definir o protocolo de atuação no âmbito do MC, tendo este ficado definido como Protocolo: Método Canguru (MC) (Apêndice III). Este protocolo, que se encontra implementado e aprovado pela Direção Clínica, divide-se em seis pontos: introdução; definição de MC; benefícios do MC; população; condições necessárias e procedimento, terminando com os documentos de registo em anexo.

Importa, no entanto, salientar que a implementação de qualquer procedimento, neste caso o MC, pressupõe por parte da equipa multidisciplinar um vasto conhecimento sobre o mesmo, de modo a permitir o domínio de aspetos vários, relativos não só à técnica em si mas também às crenças inerentes ao mesmo, de modo a superar dificuldades que poderão interferir negativamente na relação com e entre a díade pais/filho (Gomes *et al.*, 2015).

2.1 Objetivos

Este trabalho teve como objetivo geral a caracterização da perspectiva dos profissionais de saúde acerca do processo de implementação do MC no serviço de neonatologia, da MAC – CHLC, EPE.

Definiu-se como objetivos específicos:

- Caracterizar a opinião sobre formação e conhecimento no âmbito do MC;
- Caracterizar a opinião sobre o processo de implementação do MC no serviço de neonatologia;
- Identificar obstáculos à implementação do MC;
- Identificar as estratégias promotoras do MC aplicadas pelos profissionais de saúde;
- Caracterizar a opinião sobre o sucesso da implementação do MC;
- Analisar a associação entre a implementação do MC e a formação, conhecimento e aplicação de estratégias promotoras por parte dos profissionais de saúde;
- Analisar a associação entre a implementação do MC e a área profissional, formação específica em neonatologia e tempo de serviço dos profissionais de saúde;
- Verificar a associação entre os obstáculos à implementação do MC enumerados pelos profissionais em diferentes áreas e a existência de formação específica em neonatologia.

2.2. Tipo de estudo

O estudo desenvolvido inscreve-se no paradigma quantitativo, uma vez que a pesquisa quantitativa, por definição, lida com quantidades e as relações entre os atributos; envolvendo a recolha e análise de dados altamente estruturados na tradição positivista (Bowling, 2014).

Tendo em conta que com este trabalho pretendeu avaliar os conhecimentos relativos ao MC, bem como o processo de implementação do mesmo no serviço de neonatologia,

nomeadamente os obstáculos e as estratégias promotoras, assim como os pontos considerados pertinentes para o sucesso da implementação do MC por parte dos profissionais de saúde, pode considerar-se este estudo como exploratório e descritivo.

Considera-se um estudo exploratório porque tem início num fenómeno de interesse, permitindo ir além da simples observação e descrição do mesmo, através da investigação da sua natureza e de outros fatores com os quais se relaciona (Polit *et al.*, 2004). Por outro lado, é também designado por estudo descritivo, uma vez que se trata de um estudo que visa detalhar factos ou conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno de estudo e pelo facto de a informação ser recolhida a partir de uma amostra da população de interesse, podendo ser calculadas medidas descritivas (Bowling, 2014).

2.3. População-alvo e local do estudo

Fortin (1999) define população num trabalho de investigação como “(...) uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.202). Neste estudo foram incluídos todos os profissionais de saúde, entre enfermeiros; médicos e técnicos de medicina física e reabilitação, que se encontram a desempenharem funções nos cuidados diretos ao Rn/família à data da aplicação do instrumento de colheita de dados, na área neonatal, da MAC-CHLC, EPE.

Relativamente à população-alvo importa referir que desempenham funções no serviço de neonatologia (composto pelas Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – com a dotação de 13 unidades - e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais – com a dotação de 25 unidades), um total, à data de início de investigação, de 23 médicos (dos quais 1 ainda se encontra em integração); 71 enfermeiros (dos quais 8 se encontram em situação de baixa médica ou por assistência à família e 3 em processo de integração no serviço); 3 técnicos de medicina física e de reabilitação (das quais 1 em processo de integração); 14 assistentes operacionais, e 2 administrativas (as últimas duas categorias não prestam cuidados de saúde ao Rn/família). Além de um número variável de alunos e internos de medicina, alunos e estagiários de enfermagem e estagiários de medicina física e reabilitação, nas vertentes de terapia da fala e fisioterapia, condição inerente à característica de ensino versada no CHLC e em particular na MAC.

A criação do CHLC, EPE surgiu da lógica de alargamento de hospitais com o estatuto de entidades pública empresarial, promovendo ainda uma mais eficaz rentabilização dos recursos existentes, com a prespetiva futura, de transferência coletiva para o tão esperado

Hospital de Todos os Santos (Sustelo, 2012). O CHLC, EPE (no qual a MAC foi integrada a 1 de Março de 2012, através do Decreto Lei nº 44/2012 de 23 de Fevereiro) tem como Missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as várias unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do CHLC, EPE assegura a cada doente cuidados adequados às suas necessidades, com base nas melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, também, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados (CHLC, EPE, 2010).

Particularizando, a MAC é uma reconhecida unidade de excelência na área da saúde e criança, com a Missão de garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto, assim como o competente acolhimento do Rn para a vida, tendo em 2001 sido classificada pela Rede de Referência Materno-Infantil, como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (MAC, 2011) e mais recentemente em 2009, foi reconhecida pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés, com Hospital Amigo dos Bebés (CHLC, EPE, 2010).

O último Relatório de Avaliação da Área Pediátrica da MAC-CHLC, EPE apresentado à Direção Geral de Saúde referente a 2016, refere que como principais causas de internamento neonatal (na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais), prematuridade e grande prematuridade; a asfíxia perinatal ligeira e grave; encefalopatia hipóxico-isquémica; gemelaridade; icterícia/hiperbilirrubinémia; risco infeccioso, entre outros.

Os dados oficiais (obtidos junto do serviço e ainda não tornados públicos), mostram o aumento do número de partos (1142) ocorridos na MAC-CHLC, EPE no último trimestre de 2017 em comparação com o período homólogo de 2016 (1087), com o decréscimo da Taxa de Cesarianas de 30,2% para 27,8% respetivamente. Considerando o peso ao nascimento, verificou-se no referido período uma diminuição dos Rn's nascidos com $\leq 499g$ (de 6 nascidos em 2017 para 9 nascidos em período homólogo); bem como dos Rn's com peso entre 1000g - 1499g (de 33 nascidos em 2017 para 56 em período homólogo); dos Rn's com peso entre 1500g - 2499g (de 218 nascidos em 2017 para 294 nascidos em período homólogo) e com peso $\geq 4000g$ (de 39 nascidos em 2017 para 49 nascidos em período homólogo), Por outro lado verificou-se o aumento do número Rn's nascidos com peso entre 500g - 999g (de 28 nascidos em 2017 para 21 nascidos em período homólogo), bem como

dos Rn's com peso ao nascimento entre 2500g - 3999g (de 949 nascidos em 2017 para 716 nascidos em período homólogo).

Por outro lado e considerando a Idade Gestacional verificamos o aumento do nascimento de Rn's com $\leq 24s$ (de 15 nascidos em 2017 para 6 nascidos em período homólogo), bem como dos Rn's entre as 25 - 30s de gestação (de 28 nascidos em 2017 para 18 nascidos em período homólogo) e dos Rn's entre as 36 - 38s de gestação (de 349 nascidos em 2017 para 290 nascidos em período homólogo). Em contrário verificou-se a diminuição do nascimento de Rn's entre as 31 - 35s de gestação (de 70 nascidos em 2017 para 80 nascidos em período homólogo); dos Rn's nascidos entre as 39 - 41s de gestação (de 680 nascidos em 2017 para 691 nascidos em período homólogo) e dos Rn's com 40s de gestação (de 0 nascidos em 2017 para 2 nascidos em período homólogo).

2.4. Amostra

Dada a natureza deste trabalho e os objetivos a alcançar, pretendeu-se inquirir a totalidade da população-alvo, pelo que não se levou a cabo nenhum tipo de procedimento de amostragem. Adicionalmente, também não se definiu outro critério de exclusão da amostra final para além da exclusão da investigadora, que exerce atividade profissional na MAC e que pertence à população-alvo deste estudo.

A amostra final, após aplicação do critério de exclusão, foi composta por 60 participantes, 15 médicos, 43 enfermeiros e 2 técnicos de medicina física e reabilitação. De acordo com o número de elementos da população-alvo, esta composição da amostra final corresponde a uma taxa de participação no estudo de 71,4%. A taxa de participação específica por profissão foi de 65% nos médicos, 68,3% nos enfermeiros e 66,7% nos profissionais de medicina física e reabilitação. Ainda que a decisão de aceitação (ou não) por parte dos profissionais à sua inclusão no estudo poderá ser enviesada pela sua relação pessoal/profissional com a investigadora, considera-se que se alcançou uma cobertura significativa da população alvo.

2.5. Variáveis

Segundo Marôco (2014), as variáveis num processo de investigação são algo que o investigador precisa de medir, controlar ou manipular, podendo ser classificados como "(...) variáveis qualitativas, i.e., variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustiva e mutualmente exclusiva. (...). Variáveis

quantitativas, *i.e.*, variáveis cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas” (Marôco, 2014, p.7).

As variáveis estudadas classificam-se ainda como variáveis dependentes; independentes e de atributo, sendo as variáveis dependentes segundo Polit (*et al.*, 2004), aquelas que o investigador tem interesse em compreender, explicar e prever. As variáveis independentes são aquelas que são manipuladas pelo investigador, de modo a estudar os seus efeitos na variável dependente (Fortin, 1999). Por fim, as variáveis de atributo, são aquelas que facultam dados importantes para caracterizar a amostra, podendo desempenhar a dupla função de variáveis independentes que poderão apresentar uma relação significativa com a variável dependente (Polit *et al.*, 2004).

A natureza descritiva e exploratória deste trabalho indica que não se devam classificar as variáveis como dependentes ou independentes exceto quando isso for requerido para fins de análise estatística. Assim, optou-se por não incluir esta classificação e apresentar as variáveis de acordo com a sua categorização tendo em conta o nível de medida e a sua respetiva definição operacional (Quadro VII).

Quadro VII. Classificação e definição das variáveis em estudo.

Variável	Classificação	Definição operacional
Género	Nominal	Género do inquirido, definido como “masculino” ou “feminino”
Idade	Quantitativa contínua	Idade em anos completos declarada pelo inquirido na altura da inquirição
Área profissional	Nominal	Profissão desempenhada pelo inquirido
Tempo de exercício profissional	Quantitativa contínua	Tempo de exercício profissional em anos completos declarada pelo inquirido na altura da inquirição
Formação em neonatologia	Nominal	Frequência de cursos e/ou ações de formação na área da neonatologia
Formação e conhecimento acerca do MC	Ordinal	Opinião do inquirido no âmbito da formação/conhecimentos acerca do MC, avaliada mediante uma escala do tipo <i>Likert</i> com cinco hipóteses de resposta, que variam entre “Discordo Completamente” e “Concordo Completamente”
Implementação do MC no serviço	Ordinal	Opinião do inquirido, relativamente ao processo de implementação do MC no serviço de neonatologia, avaliada mediante uma escala do tipo <i>Likert</i> com cinco hipóteses de resposta que variam entre “Discordo

Implementação do MC no serviço (continuação)	Ordinal (continuação)	Completamente” e “Concordo Completamente”
Obstáculos à implementação do MC	Ordinal	Opinião do inquirido, relativamente aos obstáculos ao processo de implementação do MC no serviço de neonatologia, avaliada mediante uma escala do tipo <i>Likert</i> com cinco hipóteses de resposta que variam entre “Barreira nada importante” e “Barreira muito importante”
Estratégias promotoras da aplicação do Procedimento: MC	Ordinal	Considerações tecidas pelo inquirido, relativamente à aplicação de estratégias promotoras do MC, avaliadas mediante uma escala do tipo <i>Likert</i> com cinco hipóteses de resposta que variam entre “Nunca” e “Sempre”
Sucesso da implementação do Protocolo: MC	Qualitativa	Considerações enumeradas pelo inquirido, relativamente aos pontos que considera como pertinentes para o sucesso da implementação do Protocolo: MC

Para efeitos de apresentação e análise, os resultados da variável qualitativa sobre o sucesso da implementação do protocolo de MC foram posteriormente categorizados, resultando na criação de uma nova variável de natureza quantitativa nominal.

2.6. Métodos e ferramentas de inquirição

Através da revisão da literatura sobre a temática do MC verificou-se que não existia uma ferramenta de inquirição previamente validada para analisar o tema em estudo, o que significaria economia de tempo e recursos para realizar esta investigação, bem como um potencial acrescido para comparação e discussão dos resultados. Assim, para cumprir os objetivos deste trabalho, construiu-se um questionário de auto-preenchimento para recolha de dados.

Os questionários constituem a ferramenta de inquirição mais utilizada na investigação em saúde e consideram-se uma forma adequada e objetiva para recolher informação sobre conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos (Bowling, 2014; Rattray & Jones, 2007; McColl & Thomas, 2000). Têm sido usados com sucesso em estudos experimentais e em estudos observacionais, quer prospetivos quer retrospectivos, e pretende-se que sejam uma forma estruturada de recolha de dados, com potencial para reduzir a subjetividade na interpretação de evidências (Boynton & Greenhalgh, 2004).

De acordo com as recomendações propostas por Streiner, Norman, & Cairney (2014), Bowling (2014) e Rattray & Jones (2007) e considerando critérios como a objetividade,

legibilidade, extensão e tempo de preenchimento, construiu-se um questionário de auto-preenchimento (Apêndice I) para recolha de informação.

Este questionário é constituído por uma breve nota introdutória, na qual é apresentado o objetivo do estudo e são apresentadas orientações para o preenchimento do mesmo. O questionário é constituído por três partes, sendo que a PARTE I corresponde à caracterização da amostra. A PARTE II é constituída por questões ou afirmações classificadas numa escala tipo Likert com cinco pontos, divididas em quatro secções. A primeira, referente à formação e conhecimento, é composta por nove afirmações, classificadas entre 1 (“Discordo Completamente”) e 5 (“Concordo Completamente”), de modo a determinar o nível de conhecimento inerente ao MC e sua importância. A segunda secção é composta por vinte e uma afirmações sobre a implementação do Método Canguru no serviço, classificadas entre 1 (“Discordo Completamente”) e 5 (“Concordo Completamente”), de modo a avaliar a opinião dos inquiridos relativamente ao processo de implementação do Protocolo: MC no serviço de neonatologia. A terceira secção é composta por onze afirmações referentes a obstáculos à implementação do Procedimento: Método Canguru, nas quais os participantes devem manifestar a sua opinião numa escala entre 1 (“Barreira nada importante”) e 5 (“Barreira muito importante”). A quarta secção refere-se a estratégias promotoras da aplicação do Procedimento: Método Canguru e é composta por 6 afirmações que os participantes devem classificar numa escala entre 1 (“Nunca”) e 5 (“Sempre”) e pretende determinar a frequência com que os inquiridos usam o MC enquanto estratégia fundamental nos cuidados de saúde à díade RNPT/família. Por fim na PARTE III do questionário, é pedido aos inquiridos que identifiquem alguns pontos que considerem pertinentes para o sucesso da implementação do Protocolo: MC, os quais serão posteriormente categorizados de modo a poderem ser submetidos a uma avaliação quantitativa.

Após a elaboração do questionário e antes da sua aplicação foi efetuado um pré-teste, o qual teve como objetivo determinar o grau de compreensão das perguntas, eventuais dúvidas/dificuldades no preenchimento, assim como recolher comentários relevantes para aperfeiçoamento do questionário criado, por forma a construir o questionário final (Bowling, 2014).

É de referir que após a aplicação do pré-teste a cinco indivíduos (dos quais dois eram peritos em investigação e análise estatística e os restantes três em neonatologia, a desempenhar funções em contexto semelhante ao do serviço de neonatologia da MAC-

CHLC, EPE), não se verificou necessidade de efetuar qualquer alteração ao mesmo, revelando-se este de fácil compreensão e resposta.

De modo a contribuir também para a discussão dos resultados obtidos através do questionário e a averiguar potenciais limitações deste estudo, analisou-se a consistência interna do questionário, que se apresenta na secção 3.2. deste trabalho. Importa, no entanto referir que antes da realização desta análise, os 3 itens que se encontravam formulados em sentido inverso aos demais foram revertidos (itens 7 e 9 da dimensão Formação e conhecimento e item 14¹ da dimensão Implementação do método canguru). Assim, valores mais elevados em qualquer um dos itens correspondem a posições mais positivas face à implementação do MC.

Não foram invertidos itens na dimensão Obstáculos, pois constatou-se que invertendo os que se encontravam formulados aparentemente em sentido oposto o valor obtido para o Alfa de Cronbach era substancialmente inferior (0,354) do que o obtido quando não se invertia. Assim, e tendo em conta que a escala de resposta se encontra formulada de forma diferente das outras sub-escalas, apontando já para o nível da “barreira”, julga-se que todos os itens foram entendidos como potenciais obstáculos, independentemente de estarem formulados na positiva/negativa ou na forma mais neutra.

Relativamente ao cálculo das pontuações médias foram utilizados as versões invertidas dos 3 itens anteriormente mencionados.

A análise reportada no ponto 3.2. permitiu considerar que a ferramenta final de inquirição foi considerada fiável, possuindo boa consistência interna.

Do questionário desenvolvido configura a análise da perceção dos profissionais sobre o MC por secções. Os resultados que determinaram esta opção metodológica também se encontram descritos na secção 3.2. essas dimensões baseiam-se na evidência científica consultada, com particular foco na área Formação e Conhecimento; Implementação do MC no Serviço; Obstáculos à Implementação do Protocolo: MC e Estratégias Promotoras à Aplicação do MC.

¹ Manteve-se o item 14 invertido apesar da análise efetuada no ponto 1.3.2 (dúvidas acerca do sentido da interpretação deste item por parte dos participantes), uma vez que o valor do *Alfa de Cronbach* para esta sub-escala é de 0,881 (usando o item revertido) e seria de 0,878 caso o item fosse utilizado na sua forma original.

Os dados foram recolhidos entre os dias 26/01/2017 e o dia 27/02/2017, datas da primeira e última resposta ao referido questionário.

Antes de se proceder à aplicação dos questionários, a população-alvo do estudo foi informada via correio eletrónico, acerca do estudo que se pretendia desenvolver, nomeadamente sua pertinência e objetivos, bem como da sua operacionalização. Tendo-se em simultâneo pedido a colaboração dos mesmos. Passados cinco dias deu-se então início ao contato pessoal dos potenciais inquiridos no próprio local de trabalho, com esclarecimento de eventuais dúvidas e com a aplicação do questionário. Tendo-lhes sido dado o tempo necessário para o seu preenchimento de forma adequada.

2.7. Estratégia para análise de dados

Considerou-se as recomendações de Marôco (2014), que indicam que a análise estatística dos dados deve permitir resumir e representar de uma forma de fácil aquisição mental, sob forma de medidas sumárias e representações gráficas; ajudar ao *design* de “experiências”, de modo a obter conclusões sólidas e a disponibilizar critérios objetivos para analisar a significância dos resultados experimentais, de forma a remover a subjetividade, quantificando a probabilidade dos resultados obtidos serem ou não significativos.

Assim, utilizaram-se procedimentos de estatística descritiva e resumiu-se os dados através de quadros e figuras; calculou-se valores médios e desvios padrão para as variáveis quantitativas e determinou-se as frequências absolutas e relativas para cada categoria das variáveis nominais e ordinais. As frequências relativas foram calculadas tendo em conta o número total de respostas válidas, excluindo os dados omissos.

As variáveis operacionalizadas numa escala do tipo *Likert*, consideradas como ordinais, foram também resumidas através da média e desvio padrão, dado que este procedimento é uma prática comum quer nas Ciências da Saúde quer nas Ciências Sociais e Humanas, dada a facilidade de interpretação e comparação dos resultados expressos desta forma. Para além disso, considera-se que a análise de variáveis que representam questões e escalas do tipo *Likert* como variáveis classificadas, estatisticamente, como variáveis intervalares, não é uma fonte de viés importante, podendo mesmo minimizar a má- interpretação dos resultados (Bowling, 2014; Ferguson & Cox; 1993).

Utilizou-se o *teste de Levene* para analisar a homogeneidade da variância entre grupos e o *teste de Kolmogorov-Smirnov* para verificar a adesão à distribuição Normal para as variáveis

utilizadas em procedimentos estatísticos analíticos. De acordo com os resultados do *teste de Kolmogorov-Smirnov*, utilizou-se o *teste t-de-Student* para comparação de dois grupos numa variável com distribuição considerada Normal e o *teste de Mann-Whitney* numa variável considerada não-Normal; utilizou-se o *teste de Kruskal-Wallis* para comparações entre três grupos, com os resultados analisados de acordo com a correção de *Bonferroni*; utilizou-se o *coeficiente de correlação de Pearson* para analisar as associações entre variáveis com distribuição Normal e o *coeficiente de correlação de Spearman* como o seu equivalente não paramétrico.

Usou-se o coeficiente *Alfa de Cronbach* para a análise da fiabilidade do questionário de auto-preenchimento que foi construído para este estudo. Levou-se também a cabo um procedimento de análise fatorial com *rotação Varimax* e com o método da máxima verossimilhança para extração de fatores para analisar os resultados do questionário.

Considerou-se uma significância de 0,05 como indicador de diferenças ou associações estatisticamente significativas em todos os testes que foram levados a cabo.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0.

2.8. Questões éticas e de confidencialidade

Tendo em conta que o estudo proposto envolve seres humanos, existiram questões éticas e morais a considerar, de forma a minimizar eventuais prejuízos aos direitos e liberdades dos indivíduos envolvidos no estudo. Considerando que os códigos de ética defendem cinco direitos/princípios fundamentais, como o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999), foi elaborado um formulário de consentimento informado que acompanhou o questionário de auto-preenchimento (Apêndice I). Este formulário estabelece um compromisso entre a investigadora e os participantes e assegura o cumprimento dos princípios éticos e morais subjacentes ao estudo. O consentimento informado foi entregue em simultâneo com o questionário, constituindo assim parte integrante do mesmo, uma vez que no consentimento informado é efetuada a apresentação do estudo e do contexto em que se insere, realçando a importância da colaboração por parte dos participantes, apresentando ainda os dados pessoais da investigadora e o destacável para os inquiridos com a respetiva codificação do questionário preenchido. Fez-se também um pedido de autorização (Apêndice II) ao

Conselho de Administração da instituição onde foi desenvolvido o estudo, que foi deferido com parecer positivo (Apêndice III).

Capítulo 3. Resultados E Discussão

3.1. Caracterização da amostra

3.1.1. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos participantes encontra-se sumarizada no Quadro VIII.

Quadro VIII- Caracterização sociodemográfica

		Fi	%
Sexo (n=58)	Masculino	6	10,3
	Feminino	52	89,7
Estado Civil (n=60)	Solteiro	19	31,7
	Casado	37	61,7
	Divorciado	3	5,0
	Viúvo	1	1,7
Idade (anos) (n=59)	25-30	12	20,3
	31-36	17	28,8
	37-42	10	16,9
	43-48	5	8,5
	49-54	5	8,5
	>=55	10	16,9
	Mín-Máx	M (DP)	Me
	26-64	40,1 (10,8)	37
Com filho(s) (n= 60)	Sim	37	61,7
	Não	23	38,3
Número de filhos (n=37)	1	17	45,9
	2	13	35,1
	3	5	13,5
	4	2	5,4
	Mín-Máx	M (DP)	Me
	1-4	1,8 (0,9)	2

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem.

M=Média.

DP= Desvio Padrão

Me= Mediana.

Relativamente à distribuição por sexo, verifica-se que foram obtidas 58 respostas válidas correspondentes a 6 indivíduos do sexo masculino (10,3%) e 52 indivíduos do sexo feminino (89,7%).

Quanto ao estado civil, 19 participantes eram solteiros (31,7%), 37 (61,7%) casados, 3 divorciados (5,0%) e 1 viúvo (1,7%).

No que concerne à idade dos profissionais, esta variava entre 26 e 64 anos, sendo a idade média de 40 anos (DP= 10,8; Me= 37). Verifica-se que 12 profissionais (20,3%) estavam entre os 25 e 30 anos, 17 profissionais (28,8 %) entre os 31 e 36 anos, 10 profissionais (16,9%) tinham idades entre os 37 e 42 anos, 5 profissionais (8,5%) encontravam-se no grupo etário entre os 43 e 48 anos de idade e igual número estava também entre os 49 e 54 anos. O grupo etário com idade igual ou superior a 55 anos estava representado por 10 profissionais (16,9%).

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, existem diferenças estatisticamente significativas na idade entre os diferentes profissionais de saúde ($H=17,9$; $p=0,001$). Os participantes com formação em medicina possuem uma idade média de 51,1 anos (DP=8,24), mais elevada do que a idade quer dos profissionais de reabilitação ($M=41,5$; DP=12,02) quer dos enfermeiros ($M=36,5$; DP=9,09).

Relativamente ao número de profissionais com filhos, 37 dos 60 indivíduos afirmaram possuir filhos, o que corresponde a 61,7 % da amostra.

O número de filhos variava entre o valor mínimo 1 e valor máximo de 4, tendo os participantes, em média, 2 filhos ($M=1,8$; DP=0,9; Me=2). Observa-se que 17 profissionais tinham 1 filho (45,9 % dos indivíduos com filhos), 13 indivíduos tinham 2 filhos (35,1%), 5 indivíduos tinham 3 filhos (13,5 %) e 2 indivíduos apresentavam 4 filhos (5,4%).

3.1.2. Situação profissional e formação anterior

Quanto à ocupação profissional, responderam ao inquérito 15 profissionais de medicina (25 %), 43 de enfermagem (71,7%) e 2 de reabilitação (3,3%) (Quadro IX).

Quadro IX- Caracterização profissional – grupo profissional e tempo de serviço

		Fi	%
Grupo profissional (n=60)	Medicina	15	25,0
	Enfermagem	43	71,7
	Reabilitação	2	3,3
Tempo de serviço profissional (anos) (n=60)	4-9	19	31,7
	10-15	13	21,7
	16-21	8	13,3
	22-27	10	16,7
	28-33	6	10,0
	>=34	4	6,7
	Mín-Máx	M (DP)	Me
	4-40	16,6 (9,8)	14
Tempo de serviço profissional no serviço atual (anos) (n=58)	0-5	17	29,3
	6-11	22	37,9
	12-17	10	17,2
	18-23	4	6,9
	24-29	4	6,9
	>=30	1	1,7
	Mín-Máx	M (DP)	Me
	0,5-35	10,2 (7,8)	9

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

M=Média.

DP= Desvio Padrão

Me= Mediana.

Relativamente ao tempo de serviço dos profissionais este variava entre o valor mínimo de 4 anos e o valor máximo de 40. Em média, estes profissionais tinham 17 anos de serviço (M=16,6; DP=9,8; Me=14). Verifica-se que 19 profissionais (32%) tinham tempo de serviço entre 4-9 anos, 13 profissionais (22%) entre 10-15 anos, 8 indivíduos (13,3%) entre 16 e 21 anos de serviço, 10 indivíduos (17%) tinham 22 a 27 anos de serviço, 6 indivíduos (10%) com tempo de serviço entre 28 e 33 anos e 4 profissionais (7%) tinham 34 ou mais anos de serviço.

No que diz respeito ao tempo de serviço profissional no serviço atual verifica-se que o valor mínimo corresponde a 6 meses e o valor máximo a 35 anos, com um tempo médio de 10,2 anos (DP=7,8; Me=9). Analisando esta variável através de intervalos constata-se que, das 58 respostas válidas para esta questão, o intervalo com maior frequência corresponde aos indivíduos que estão no serviço há mais de 5 anos e há menos de 12 anos (Fi=22; 37,9%). O intervalo seguinte, em termos de predominância, representado por 17 indivíduos (29,3%), corresponde a 0-5 anos no serviço, seguindo-se o intervalo relativo aos 12-17 anos no

serviço atual (Fi=10; 17,2%). Com tempo de serviço igual ou superior a 30 anos, neste serviço, somente uma pessoa se encontrava nesta situação (Quadro IX).

Quadro X - Experiência na utilização do Método Canguru (MC), Formação em Neonatologia e Formação no MC

		Fi	%
Experiência na utilização do método do canguru (n=37)	Não	30	81,1
	Sim	7	18,9
Formação específica em neonatologia (n=59)	Não	24	40,7
	Sim	35	59,3
Formação específica no método Canguru (n=58)	Não	13	22,0
	Sim	46	78,0

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Quanto à análise dos profissionais com filhos e se foram ou não encorajados a utilizar o método do Canguru (quadro VIII), verifica-se que apenas 7 (18,9%), dos 37 inquiridos que têm filhos, foram encorajados a aplicar o método do canguru; não tendo tal ocorrido com os restantes 81,1%. Refira-se adicionalmente que 5 desses inquiridos tinham idades entre 30 e 31 anos e 2 dos inquiridos tinham 41 e 42 anos.

No âmbito da questão relativa à existência ou não de formação específica em neonatologia foram obtidas 59 respostas válidas, e considerando apenas essas respostas válidas, 24 profissionais (40,7%) responderam que não tinham formação específica e 35 responderam que sim (59,3%).

Quando analisados o tempo de serviço profissional e o tempo de serviço nas funções atuais de acordo com a profissão e a formação anterior, verifica-se que os médicos apresentam um maior tempo de serviço quer total ($p < 0,001$) quer nas funções atuais ($p = 0,041$) (Quadro XI). Verifica-se também que os participantes com formação em neonatologia são aqueles com maior tempo de serviço ($p = 0,013$) e maior tempo no serviço atual ($p = 0,009$). Estes resultados repetem-se na formação específica sobre o MC, dado que os participantes com este tipo específico de formação possuem maior tempo de serviço ($p < 0,001$) e maior tempo no serviço atual ($p = 0,002$).

Quadro XI. Tempo de serviço e tempo de serviço nas funções atuais, por área de ocupação profissional, formação específica em neonatologia e formação específica no Método Canguru.

	Tempo de serviço			Tempo no serviço atual		
	M	DP	p	M	DP	p
Área de ocupação profissional						
Medicina	26,3	8,17		14,5	7,58	
Enfermagem	13,2	8,03	<0,001 ^H	8,8	7,41	0,041 ^H
Reabilitação	18,0	11,31		8,5	9,19	
Formação específica em neonatologia						
Não	13,5	8,14		7,6	6,77	
Sim	19,6	10,33	0,013 ^U	12,8	7,83	0,009 ^U
Formação específica sobre MC						
Não	8,9	5,38		4,7	4,48	
Sim	19,0	9,67	<0,001 ^U	12,0	7,89	0,002 ^U

M – média

DP – desvio padrão

^H – Teste de Kruskal-Wallis

^U – Teste de Mann-Whitney

Quando questionados os participantes sobre qual a formação específica em neonatologia que possuíam as respostas foram diversas e constam da Quadro XII.

Quadro XII-Tipo de formação específica em neonatologia detida pelos profissionais (n=30)

	Fi	%
SIP/Quantum Care	2	6,7
Formação no âmbito profissional	8	26,7
EESIP	6	20,0
Subespecialidade de neonatologia	10	33,3
Pós-graduação	4	13,3

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem.

Dos 35 participantes com formação específica em neonatologia 30 identificaram qual a formação realizada (Quadro XII). O conjunto de inquiridos apresenta formação específica

em neonatologia muito diversificada, destacando-se a subespecialidade em neonatologia que é comum a 10 dos 30 profissionais que responderam a esta questão (33,3%).

Meira (*et al.*, 2008), refere como critérios fundamentais para desempenhar funções na área da prestação de cuidados em unidades neonatais por parte da equipa multidisciplinar: experiência, vivência e habilitações especiais, com conhecimentos expressivos que proporcionem o desenvolvimento de práticas fundamentadas, tanto a nível técnico como científico, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à formação específica de qualquer tipo sobre o método canguru, foram obtidas 59 respostas válidas, e, de entre estas, 13 indivíduos (22%) responderam que não receberam qualquer formação específica sobre o método de canguru e 46 (78%) afirmaram que sim (ver Quadro X). Estes resultados devem ser analisados à luz das informações disponíveis sobre a formação anterior, pois entre 2014 e 2015, aquando da realização da avaliação do processo implementação do MC, a maioria (93,7%) dos profissionais de saúde a desempenhar funções no serviço de neonatologia frequentou formação específica na prática do MC neste tipo de serviço (Caring Essentials Collaborative, 2017). Assim, estes resultados sugerem que pode ter ocorrido uma mudança significativa nos elementos da equipa multidisciplinar, com a entrada de novos elementos com menor experiência e formação específica em neonatologia, e com a saída de elementos com formação e experiência em neonatologia. Em alternativa, estes resultados também podem sugerir que os profissionais não identificam corretamente a formação anterior.

Dos 46 participantes que afirmaram ter formação específica no Método de Canguru, 35 discriminaram qual a formação que realizaram (Quadro XIII). Verificando-se que 33 profissionais, de entre os 35, realizaram a formação “SIP/Quantum Care” (94,3%), a qual foi ministrada na própria instituição a quando da implementação do MC.

Quadro XIII - Tipo de formação específica no método do Canguru detida (n=35)

	Fi	%
SIP/Quantum Care	33	94,3
Formação no âmbito profissional	1	2,9
EESIP	1	2,9

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem.

A implementação do MC a nível institucional, requer um vasto trabalho de equipa, no seio da equipa multidisciplinar. O qual envolve um processo de transformação do modelo assistencial, motivando a prática de cuidados humanizados, com vista à qualidade e eficiência. Pelo que os profissionais deverão ser detentores de conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da puérpera, do RNPT e de baixo peso, assim como da família. Desta forma, a qualificação e valorização dos profissionais é um dos requisitos básicos da implementação do MC. Uma vez que este é considerado uma estratégia de cuidados humanizados ao Rn/família (Gomes *et al.*, 2015).

3.2. Perceção sobre a aplicação do Método Canguru

3.2.1 Escala para análise de perceção

Utilizou-se os 47 itens introduzidos na parte II do questionário de recolha de dados para levar a cabo uma análise fatorial que permitiu averiguar a adequação da criação de uma escala para análise da perceção, dividida em diferentes dimensões. Devido à natureza ordinal das variáveis que representam a pontuação e à distribuição não-Normal de alguns itens (*teste de Kolmogorov-Smirnov*; $p < 0,001$) utilizou-se a máxima verossimilhança como método de extração de fatores.

Apesar da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* indicar que o tamanho amostral neste estudo é apropriado ($KMO = 0,636$) e que o teste de esfericidade de Bartlett para a relação entre as variáveis mostre significado estatístico ($\chi^2 = 1859,8$; $p < 0,001$), verificou-se que existem múltiplas correlações entre os itens e problemas graves de multicolinearidade para a criação de uma escala composta por fatores que agrupem os diferentes itens. Ainda que existam itens que representam fatores com *eigenvalue* acima de 1, estes resultados são apenas fruto do número de itens na escala, pelo que não é possível analisar de forma objetiva e sistematizada o seu impacto na variação dos resultados.

Ainda que as questões e afirmações da Parte II do questionário não configurem uma escala de análise da perceção dos profissionais sobre o MC, o seu agrupamento em secções de acordo com os temas que lhes estão subjacentes parece resultar numa ferramenta com consistência interna adequada. O Quadro XIV mostra a consistência interna, analisada a partir do *Alfa de Cronbach*, para as diferentes secções do questionário.

Quadro XIV – Análise da consistência interna (*Alfa de Cronbach*)

	<i>α de Cronbach</i>	N de itens
Formação e conhecimento	0,761	9
Implementação do MC no Serviço	0,881	21
Obstáculos à implementação do Protocolo – MC	0,814	11
Estratégias promotoras da aplicação do MC	0,757	6
Global	0,835	47

N = Número

Todos os valores encontrados para o Alfa de Cronbach situam-se acima de 0,70 (Quadro XIV), pelo que se pode considerar como adequada a consistência interna da globalidade dos itens e também das secções em que estes foram agrupados.

Criou-se uma pontuação média para a totalidade dos itens e também para cada secção, de modo a facilitar a análise e interpretação dos resultados. A pontuação média para o total da escala e para cada secção, dada a natureza numérica das questões e os valores máximos e mínimos atribuídos a cada extremo, encontra-se entre 1 e 5.

Quadro XV – Medidas de estatística descritiva relativas às dimensões (*scores*) e escala global

	Mín-Máx	M	DP	Me
Formação e conhecimento	2,33 – 5	4,37	0,51	4,44
Implementação do Método Canguru no Serviço	1,67 – 4,52	3,62	0,56	3,67
Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru	2,36 – 4,82	3,83	0,64	3,91
Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru	1,50 – 4,50	3,61	0,58	3,67
Global	2,91 – 4,51	3,82	0,34	3,77

M= Média;
DP= Desvio-Padrão;
Me= Mediana.

Verifica-se que em termos globais a pontuação média obtida na escala foi de 3,82 (DP=0,34), fornecendo assim os participantes respostas tendencialmente situadas no polo positivo (escala de resposta era de 1 a 5) (Quadro XV). Em termos das quatro secções

avaliadas os valores médios situaram-se todos acima de 3,60, sendo que os mais elevados foram encontrados para a secção: Formação e conhecimento (M=4,37; DP=0,51), seguindo-se a secção Obstáculos (M=3,83; DP=0,64).

A análise geral destes resultados também pode sugerir que em futuras utilizações da escala desenvolvida especificamente para o presente estudo, possa considerar-se a reformulação dos itens relativos aos obstáculos, nomeadamente na harmonização da escala de resposta com a utilizada nas restantes secções do questionário, de modo a que a sua interpretação possa ser mais clara para os participantes.

3.2.2. Implementação do Método Canguru e a Formação e Conhecimento dos profissionais

Utilizou-se a pontuação média das secções da Parte II do questionário para analisar a associação entre a formação e conhecimento no âmbito do MC e quer a implementação do MC no serviço de neonatologia quer a aplicação de estratégias promotoras.

Através do Quadro XVI, observa-se a existência de uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a pontuação obtida a nível global e a pontuação obtida nas quatro secções, sendo que esta correlação é altamente significativa ($\alpha=0,01$) com três delas, sendo apenas significativa para a dimensão Obstáculos ($\alpha=0,05$).

Quadro XVI – Correlações entre as dimensões (scores) e escala global

	I	O	E	Global
Formação e conhecimento (FC)	,298*	,060	,426**	,452**
Implementação do Método Canguru no Serviço (I)		-,115	,294*	,835**
Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru (O)			,224	,320*
Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru (E)				,583**

*Correlação significativa para $\alpha=0,05$

** Correlação significativa para $\alpha=0,01$.

Verifica-se a existência de uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre a pontuação obtida na secção Formação e conhecimento (FC) no âmbito do MC e a pontuação obtida na secção Implementação do MC no serviço de neonatologia ($r^2=0,298$; $p<0,05$). A secção FC correlaciona-se igualmente de forma positiva com a secção referente às estratégias ($r=0,426$; $p<0,01$), sendo esta correlação altamente significativa ($\alpha=0,01$). Assim, valores elevados obtidos na secção FC estão relacionados com valores elevados nas outras duas secções citadas. Dados estes que vêm reforçar a ideia de que para implementação do MC numa instituição hospitalar ocorra de forma efetiva, é necessário a capacitação dos profissionais envolvidos nos cuidados ao Rn/família (Furlan, 2002), por forma à mudança do modelo assistencial vigente, de modo a superar o risco de insucesso de implementação do MC, que Bell e McGrath (1996) apontaram como a fragmentação da equipa de profissionais, com condutas divergentes relativamente ao MC e a falta de compromisso dos profissionais com pais/familiares.

Regista-se ainda que a secção Implementação se correlaciona de forma positiva e significativa com a secção Estratégias ($r=0,294$; $p<0,05$), sendo que a secção Obstáculos não se encontra correlacionada de forma significativa com nenhuma das restantes três ($p>0,05$). Gontijo (*et al.*, 2012) salienta que uma maior adesão ao MC, pode ser facilitada através da consolidação de evidências sobre a sua eficácia, bem como o desenvolvimento de ações de formação/atualização contínuas e fóruns de discussão entre a equipa multidisciplinar.

3.2.3. Formação e Conhecimento

Neste ponto procede-se à análise descritiva dos itens do questionário relativos à dimensão FC no âmbito do MC (cujas respostas se encontravam medidas numa escala de 1 (“Discordo completamente”) a 5 (“Concordo completamente”).

² Coeficiente de correlação de Pearson.

Quadro XVII – Posição dos participantes face à dimensão Formação e conhecimento no âmbito do MC

<i>Item</i>	Discordo completa- mente	2	3	4	Concordo completa- mente	Me
1. Sei o que é o Método Canguru e consigo explicá-lo a outros.	0 (0)	2 (3,3)	7 (11,7)	15 (25)	36 (60)	5
2. A formação que tenho é suficiente para poder aplicar o método	0 (0)	3 (5)	12 (20)	22 (36,7)	23 (38,3)	4
3. Considero que tenho confiança necessária para iniciar a prática do Método Canguru	0 (0)	1 (1,7)	9 (15)	21 (35)	29 (48,3)	4
4. O Método Canguru deve ser oferecido a todos os pais com filhos internados numa unidade de neonatologia	3 (5)	4 (6,7)	15 (25)	8 (13,3)	30 (50)	4,5
5. Procuro iniciar o Método Canguru o mais precocemente possível, no cuidado à díade recém-nascido/família	1 (1,7)	1 (1,7)	10 (16,7)	16 (26,7)	32 (53,3)	5
6. O Método Canguru beneficia o cuidado à díade recém-nascido/família	0 (0)	1 (1,7)	1 (1,7)	8 (13,3)	50 (83,3)	5
<u>7. Considero que o Método Canguru deixa os pais ainda mais ansiosos relativamente à sua capacidade para cuidar do filho.</u>	41 (68,3)	14 (23,3)	5 (8,3)	0 (0)	0 (0)	1
8. Considero que a prática do Método Canguru tem influência na confiança parental e no vínculo afetivo.	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)	18 (30)	41 (68,3)	5
<u>9. Considero que o Método Canguru só deve ser iniciado após prescrição médica</u>	35 (58,3)	16 (26,7)	4 (6,7)	1 (1,7)	4 (6,7)	1

Nota: Sublinhados os itens que se encontram formulados em ordem inversa relativamente aos demais.

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Me = Mediana

Conforme se pode verificar no Quadro XVII quase todos os itens desta dimensão Formação e conhecimento apresentam medianas iguais ou superiores a 4, denotando que os participantes se posicionaram sobretudo no polo superior da escala, metade ou mais de metade tenderam a concordar/concordar completamente com as afirmações. Existem no entanto duas situações diversas, os itens 7 e 9, em que sucedeu o inverso (Me= 1), o que pode ser explicado pelo facto destes itens se encontrarem formulados na forma negativa (menos favoráveis à utilização do método canguru), ao contrário dos restantes itens desta dimensão (em que respostas mais elevadas na escala correspondem a posições mais favoráveis à utilização do Método Canguru).

Os itens em que mais participantes se posicionaram na total concordância foram o 6 (“*O Método Canguru beneficia o cuidado à díade recém-nascido/família*”) (83,3%), seguindo-se o 8 (“*Considero que a prática do Método Canguru tem influência na confiança parental e no vínculo afetivo*”) (68,3%) e o item 1 (“*Sei o que é o Método Canguru e consigo explicá-lo a outros*”) (60%).

Ariavabene (*et al.*, 2010) refere que a participação efetiva da família no MC reforça as relações familiares. Verificando-se o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais/filho, bem como o *empowerment* da família, no que concerne às suas competências parentais (Oliveira *et al.*, 2015). Sendo fundamental a presença e atuação de toda a equipa multidisciplinar para a eficácia e sucesso do MC, mediante os cuidados prestados ao Rn/família, quer pelos ensinamentos e esclarecimento de dúvidas, pelo apoio e suporte emocional, pelo envolvimento parental nos cuidados ao Rn e pela promoção do desenvolvimento das competências parentais (Machado *et al.*, 2015).

Para os itens 7 (“*Considero que o Método Canguru deixa os pais ainda mais ansiosos relativamente à sua capacidade para cuidar do filho*”) e 9 (“*Considero que o Método Canguru só deve ser iniciado após prescrição médica*”), conforme já mencionado atrás, a maioria dos participantes afirmou estar em total discordância (68,3% e 58,3%, respetivamente).

Relativamente a itens que tenham suscitado posições intermédias, refira-se que um quarto dos participantes assim se situava no item 4 (“*O Método Canguru deve ser oferecido a todos os pais com filhos internados numa unidade de neonatologia*”), sucedendo o mesmo para um quinto dos participantes no item 2 (“*A formação que tenho é suficiente para poder aplicar o método*”). O que nos leva a considerar a possibilidade destes dados se relacionarem diretamente com experiência profissional e com a existência ou não de formação em MC, uma vez que é espectável que profissionais recentes possam sentir algum receio na aplicação do MC. Facto corroborado por Meira (*et al.*, 2008) ao reforçar a necessidade dos enfermeiros aprimorarem os seus conhecimentos e em demonstrarem interesse no MC, de modo a tornarem-se junto da equipa multidisciplinar, agentes ativos promotores do MC.

3.2.4. Implementação do MC no Serviço

No âmbito dos itens da dimensão relacionada com Implementação do método canguru no Serviço, as respostas variavam igualmente de 1 (“Discordo completamente”) a 5 (“Concordo completamente”).

Quadro XVIII – Posição dos participantes face à dimensão Implementação do método Canguru no Serviço

<i>Item</i>	Discordo completa-mente	2	3	4	Concordo completa-mente	Me
1. Foi pedida a opinião da equipa sobre a implementação do Protocolo: Método Canguru	9 (15,5)	13 (22,4)	15 (25,9)	14 (24,1)	7 (12,1)	3
2. A equipa foi envolvida nas várias fases de implementação do Protocolo: Método Canguru	4 (6,8)	11 (18,6)	14 (23,7)	21 (35,6)	9 (15,3)	4
3. A prática do Método Canguru está protocolada no serviço onde desempenho funções	5 (8,5)	3 (5,1)	12 (20,3)	20 (33,9)	19 (32,2)	4
4. Conheço devidamente o Protocolo: Método Canguru	2 (3,4)	6 (10,2)	11 (18,6)	25 (42,4)	15 (25,4)	4
5. O Protocolo: Método Canguru tem acesso fácil para consulta	6 (10,3)	5 (8,6)	16 (27,6)	20 (34,5)	11 (19)	4
6. Sigo as orientações constantes no Protocolo, sempre que aplico o Método Canguru	5 (8,5)	5 (8,5)	16 (27,1)	27 (45,8)	6 (10,2)	4
7. Sei quem são os elementos dinamizadores do Método Canguru no local onde desempenho funções	6 (10)	7 (11,7)	19 (31,7)	18 (30)	10 (16,7)	3
8. Toda a equipa teve formação no âmbito da implementação do Protocolo: Método Canguru	9 (15)	11 (18,3)	15 (25)	22 (36,7)	3 (5)	3
9. No serviço onde desempenho funções, o Método Canguru é praticado diariamente	3 (5,1)	7 (11,9)	20 (33,9)	17 (28,8)	12 (20,3)	3
10. Considero que o número de profissionais para aplicar o Método Canguru é suficiente no local onde trabalho	11 (18,6)	12 (20,3)	12 (20,3)	17 (28,8)	7 (11,9)	3
11. Considero que há interesse por parte da equipa multidisciplinar para a implementação do Protocolo: Método Canguru	1 (1,7)	4 (6,7)	11 (18,3)	27 (45)	17 (28,3)	4
12. Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru traduz-se em ganhos na qualidade dos cuidados prestados no serviço onde trabalho	0 (0)	0 (0)	2 (3,3)	15 (25)	43 (71,7)	5
13. Considero que o Método Canguru contribui para a humanização no serviço onde desempenho funções, favorecendo a integração da família nos cuidados ao recém-nascido	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)	13 (21,7)	46 (76,7)	5
14. Considero que a prática do Método Canguru implica a reorganização dos cuidados a prestar ao recém-nascido	2 (3,3)	1 (1,7)	9 (15)	25 (41,7)	23 (38,3)	4
15. Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru, decorreu de forma harmoniosa no local onde trabalho	2 (3,4)	6 (10,2)	23 (39)	17 (28,8)	11 (18,6)	3
16. Considero o Método Canguru uma estratégia fundamental nos cuidados prestados à díade recém-nascido prematuro/família no serviço onde trabalho	1 (1,7)	0 (0)	4 (6,8)	23 (39)	31 (52,5)	5
17. Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru trouxe benefícios aos cuidados prestados no serviço onde trabalho	1 (1,7)	2 (3,3)	9 (15)	22 (36,7)	26 (43,3)	4
18. Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru veio dar visibilidade aos cuidados humanizados prestados diariamente no serviço onde trabalho	1 (1,7)	4 (6,7)	9 (15)	21 (35)	25 (41,7)	4
19. Considero que a equipa multidisciplinar entende a necessidade do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho	1 (1,7)	5 (8,3)	15 (25)	22 (36,7)	17 (28,3)	4
20. Considero que a equipa multidisciplinar colabora de forma ativa e interessada na	2 (3,3)	8 (13,3)	22 (36,7)	20 (33,3)	8 (13,3)	3

implementação do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho						
21. No geral, estou satisfeito(a) com a implementação do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho.	3 (5)	5 (8,3)	15 (25)	27 (45)	10 (16,7)	4

Nota: a cinzento item que se encontra formulado em ordem inversa relativamente aos demais.

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Me = Mediana

Através do Quadro XVIII, visualiza-se que no âmbito dos itens relativos à dimensão Implementação, para 3 itens a mediana das respostas situou-se em 5 (“concordo completamente”), denotando que metade ou mais de metade dos participantes concordaram totalmente com as afirmações em causa. São eles o item 12: “*Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru traduz-se em ganhos na qualidade dos cuidados prestados no serviço onde trabalho*”; item 13: “*Considero que o Método Canguru contribui para a humanização no serviço onde desempenho funções, favorecendo a integração da família nos cuidados ao recém-nascido*”; e o item 16: “*Considero o Método Canguru uma estratégia fundamental nos cuidados prestados à díade recém-nascido prematuro/família no serviço onde trabalho*”. Nestes itens mais de 90% das respostas situaram-se no polo positivo (4 ou 5): 96,7%, 98,4% e 91,5%, respetivamente.

Estes dados reforçam o facto de o MC ser uma estratégia de cuidados humanizados, que incentiva e valoriza a presença e participação dos pais/família na unidade neonatal e nos cuidados ao Rn. Que reconhece como elementos fundamentais nos cuidados e na tomada de decisão, além dos profissionais, os pais/família.

Para outros onze itens a mediana situou-se em 4, denotando também uma tendência de pelo menos concordância com as afirmações respetivas (itens 2, 3, 4, 5, 6, 11, 14, 17, 18, 19 e 21). Entre estes itens encontra-se o 14 (“*Considero que a prática do Método Canguru implica a reorganização dos cuidados a prestar ao recém-nascido*”), o qual se considera como estando formulado na negativa uma vez que respostas mais elevadas tenderão a denotar posições menos favoráveis à implementação do MC, ao contrário do que sucede nos restantes itens. O facto de neste item a maioria das respostas se situar em 4 ou 5 (concordância/concordância completa), à semelhança de diversos outros itens, poderá suscitar uma reflexão sobre a interpretação que este item gerará (como algo mais positivo e não negativo, conforme esperado, uma vez que a inadequação da estrutura física das unidades neonatais, tem sido apontada como aspeto negativo à implementação do MC,

mesmo que a mesma seja desejada pelos gestores e pela equipa multidisciplinar. (Meira, *et al*, 2008 & Gontijo, *et al.*, 2010).

Nos restantes sete itens a mediana situou-se em 3 (posição intermédia na escala de discordância/concordância), foram eles: 1, 7, 8, 9, 10, 15 e 20. Para todos estes casos a proporção de participantes que concordou ou concordou totalmente com as respetivas afirmações situou-se entre 36,2 % (item 1: “*Foi pedida a opinião da equipa sobre a implementação do Protocolo: Método Canguru*”) e 49,1% (item 9: “*No serviço onde desempenho funções, o Método Canguru é praticado diariamente*”).

Nos itens 9 (“*No serviço onde desempenho funções, o Método Canguru é praticado diariamente*”), 15 (“*Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru, decorreu de forma harmoniosa no local onde trabalho*”) e 20 (“*Considero que a equipa multidisciplinar colabora de forma ativa e interessada na implementação do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho*”) a proporção de participantes que optou pela posição intermédia (3) foi superior a um terço (33,9%, 39% e 36,7%, respetivamente).

Estes dados levam-nos a refletir sobre o facto de que um qualquer projeto, dever ser entendido como um processo contínuo e devidamente estruturado, cuja tendência é ampliar a adesão ao mesmo e avançar na sua institucionalização, mediante ao preenchimento de alguns condicionantes, como a capacitação dos profissionais, o apoio institucional, a efetividade da proposta e a inclusão da equipa (Gontijo, 2006).

3.2.5. Obstáculos à implementação do Protocolo: MC

Em 2016, Seidman *et al.* e por Chan *et al.* evidenciaram que prática do MC como complexa, devido às suas múltiplas componentes, inerentes aos seus pilares basilares (Acolhimento ao Rn/família; respeito pela individualidade; promoção de vínculos afetivos; envolvimento parental nos cuidados ao Rn; estímulo e suporte à amamentação e construção de redes de suporte (Brasil, 2011)). Facto este que se intensifica quando se considera a inexistência de uma norma de procedimento, tornando-se mais difícil a implementação do MC. Assim, são apontadas como barreiras à sua implementação a própria condição do RNPT, (que pode dificultar o *bonding* e o envolvimento parental); a falta de privacidade; a ausência dos pais/família; a falta de conhecimento (dos profissionais e dos pais) sobre o MC e sua importância; a falta de tempo e in experiência por parte dos profissionais de saúde e as condições físicas inadequadas à prática do MC e deficientes recursos humanos e logísticos.

No âmbito dos itens da dimensão relacionada com Obstáculos à implementação do Protocolo: MC as respostas variavam de 1 (“Barreira nada importante”) a 5 (“Barreira muito importante”).

Quadro XIX – Posição dos participantes face à dimensão Obstáculos à implementação do Protocolo: MC

<i>Item</i>	Barreira nada importante	2	3	4	Barreira muito importante	Me
1. Desconhecimento dos critérios de elegibilidade para a aplicação do Método Canguru	0 (0)	10 (16,7)	16 (26,7)	13 (21,7)	21 (35)	4
2. Desconhecimento do Protocolo: Método Canguru	1 (1,7)	12 (20)	15 (25)	17 (28,3)	15 (25)	4
3. Tempo necessário para a aplicação, monitorização e avaliação do Protocolo – Método Canguru	0 (0)	6 (10)	10 (16,7)	25 (41,7)	19 (31,7)	4
4. Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência	2 (3,4)	3 (5,1)	10 (16,9)	14 (23,7)	30 (50,8)	5
5. Confiança dos profissionais na aplicação do Método Canguru	5 (8,5)	9 (15,3)	19 (32,2)	14 (23,7)	12 (20,3)	3
6. Conhecimentos acerca do Método Canguru e sua aplicação por parte dos profissionais	2 (3,4)	12 (20,7)	15 (25,9)	16 (27,6)	13 (22,4)	3,5
7. Condições físicas/conforto existentes	0 (0)	4 (6,8)	13 (22)	11 (18,6)	31 (52,5)	5
8. Falta de privacidade	2 (3,3)	7 (11,7)	8 (13,3)	22 (36,7)	21 (35)	4
9. Rácio inadequado enfermeiros/recém-nascidos	0 (0)	7 (11,9)	7 (11,9)	21 (35,6)	24 (40,7)	4
10. Fraca motivação e adesão dos profissionais ao Método Canguru	1 (1,7)	8 (13,6)	15 (25,4)	19 (32,2)	16 (27,1)	4
11. Burnout dos profissionais	2 (3,3)	5 (8,3)	10 (16,7)	20 (33,3)	23 (38,3)	4

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Me = Mediana

As barreiras consideradas como mais relevantes foram a “*Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência*” (item 4) e “*Condições físicas/conforto existentes*” (item 7) (Me=5) (Quadro XIX). Nestes itens mais de metade dos participantes considerou estas barreiras como muito importantes. Para todos os restantes itens, com exceção do 5 e 6, a mediana situou-se em 4, denotando assim que a maioria dos participantes considerava que se trata de barreiras importantes/muito importantes. Refira-se

ainda que mais de três quartos dos participantes consideraram que o “*Rácio inadequado enfermeiros/recém-nascidos*” consistia numa barreira importante/muito importante (item 9) (76,3%).

Meira (*et al.*, 2008), refere as condições físicas adequadas condição extremamente importante, uma vez que as instituições de saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internamento do seu filho, conforme preconizado na Carta da Criança Institucionalizada. No entanto o autor, considera que embora os serviços de saúde, promovam um discurso que apela à inserção da família no cuidado neonatal, a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, pela filosofia de trabalho implementada e pelo espaço físico limitado.

Em itens como o “*Burnout dos profissionais*” (item 11), a “*Falta de privacidade*” (item 8), as “*Condições físicas/conforto existentes*” (item 7), a “*Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência*” (item 4), e o “*Tempo necessário para a aplicação, monitorização e avaliação do Protocolo – Método Canguru*” (item 3), a proporção de respostas em que a barreira foi considerada importante/muito importante situou-se entre os 71% e os 75%.

Nos itens 5 (“*Confiança dos profissionais na aplicação do Método Canguru*”) e 6 (“*Conhecimentos acerca do Método Canguru e sua aplicação por parte dos profissionais*”) a mediana situou-se nos 3 e 3,5, respetivamente. Nestes itens predominaram as respostas intermédias (3) e mais próximas desta posição, constituindo-se os itens em que a proporção de respostas situadas no polo positivo (4 e 5) foi inferior: 44% e 50%, respetivamente, constituindo assim as barreiras menos relevantes para estes participantes.

Estes dados vão de encontro à literatura, uma vez que o rácio enfermeiro/utente é frequentemente apontado como uma grande barreira à implementação do MC, sendo também referido como causa da elevada taxa de profissionais em *Burnout* (Meira *et al.*, 2008). Enquanto a falta de conhecimento e o desinteresse da equipa ainda que efetivos obstáculos ao MC, não são apontados com tanto peso quanto a falta de apoio institucional, a estrutura física e os recursos organizacionais e humanos, inadequados a uma boa prática (Gontijo *et al.*, 2012).

Quando comparados os resultados obtidos com os resultados da avaliação do processo implementação do MC entre 2014 e 2015 (Caring Essentials Collaborative, 2017), verifica-se uma alteração na perceção dos profissionais. Entre 2014 e 2015, os principais obstáculos à

utilização do MC, por ordem de importância, foram: definição pouco clara dos critérios de elegibilidade dos bebês para o MC, conhecimento acerca da prática do cuidado MC, ausência de uma norma de procedimento específica, tempo, carga de trabalho/número de doentes atribuídos e a ausência parental. Para além destes, a avaliação também indicou como obstáculos adicionais apontados à prática do MC a fraca motivação/adesão dos profissionais, a falta de disponibilidade dos mesmos, condições físicas e a instabilidade do bebé.

Considerando quer os resultados de 2014/2015 quer os resultados deste estudo, pode ser proposto que quando os profissionais de saúde se encontram devidamente informados acerca do MC e das suas vantagens, concomitantemente com conhecimentos sobre a sua prática, suportada por um protocolo de atuação, estes sentem-se mais confiantes e aptos para a implementar diariamente o MC, potenciando uma implementação efetiva.

3.2.6. Estratégias promotoras da aplicação do MC

Na literatura surgem apontadas como principais estratégias promotoras da implementação do MC, a formação dos profissionais de saúde e pais/família e a integração do MC enquanto estratégia assistencial ao RNPT, com inclusão em orientações oficiais e institucionais de saúde materno-infantil (Seidman *et al.*, 2016 & por Chan *et al.* 2016).

No âmbito dos itens da dimensão relacionada com as Estratégias promotoras da aplicação do MC, relativas à frequência com que o Método Canguru é utilizado enquanto estratégia fundamental nos cuidados de saúde d'idade recém-nascido prematuro/família, as respostas variavam de 1 ("Nunca") a 5 ("Sempre").

Quadro XX – Posição dos participantes face à dimensão Estratégias promotoras da aplicação do MC

<i>Item</i>	Nunca	Ocasional-mente	Algumas vezes	Frequen-temente	Sempre	Me
1. Uso o Método Canguru no controlo da ansiedade dos pais	2 (3,4)	4 (6,8)	27 (45,8)	25 (42,4)	1 (1,7)	3
2. Uso o Método Canguru no controlo da dor durante procedimentos dolorosos	15 (25)	20 (33,3)	21 (35)	4 (6,7)	0 (0)	2
3. Uso o Método Canguru na promoção da amamentação	3 (5)	3 (5)	11 (18,3)	32 (53,3)	11 (18,3)	4
4. Uso o Método Canguru quando existe solicitação parental	1 (1,7)	1 (1,7)	7 (11,7)	28 (46,7)	23 (38,3)	4

5. Uso o Método Canguru quando existe conhecimento/formação parental acerca do Método Canguru e seus benefícios	1 (1,7)	4 (6,7)	8 (13,3)	27 (45)	20 (33,3)	4
6. Uso o quando me sinto confiante no trabalho direto com a família	0 (0)	2 (3,3)	8 (13,3)	32 (53,3)	18 (30)	4

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Me = Mediana

Quanto aos itens relativos às estratégias promotoras da utilização do MC (Quadro acima) para quatro dos itens a mediana foi de 4, significando que metade ou mais das respostas foram “frequentemente” ou “sempre” (itens 3, 4, 5, e 6) (tabela 9). No item 4 (“*Uso o Método Canguru quando existe solicitação parental*”) a proporção de respostas “frequentemente” ou “sempre” foi de 85%, seguindo-se o item 6 (“*Uso o quando me sinto confiante no trabalho direto com a família*”) em que foi 83%, depois o item 5 (“*Uso o Método Canguru quando existe conhecimento/formação parental acerca do Método Canguru e seus benefícios*”) com 78% e o item 3 (“*Uso o Método Canguru na promoção da amamentação*”) em que a proporção de respostas “frequentemente” ou “sempre” foi de 72%.

Estes resultados demonstram que os profissionais reconhecem as vantagens do MC enquanto promotor de vínculos afetivos entre pais/filho e do desenvolvimento das competências parentais e autonomia parental nos cuidados ao seu filho Rn. Contudo, o facto da maioria referir que “*Uso o Método Canguru quando existe solicitação parental*” e “*(...) quando existe conhecimento/formação parental acerca do Método Canguru e seus benefícios*”, levamos a questionar o à vontade dos mesmos, no estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva com os pais, conforme o preconizado na filosofia dos cuidados centrados na família.

Importa pois salientar, que os profissionais de saúde têm um papel fundamental perante a assistência ao Rn/família, nos momentos e dias que precedem e se seguem ao parto prematuro. É da competência do enfermeiro incentivar o contato precoce e adequado da mãe com o Rn na unidade neonatal. Devendo para isso, estar devidamente informado da condição clínica do Rn e da mãe, assim como da condição familiar inerente. Quando estes fatores permitirem que o Rn/família possam beneficiar do MC, a adesão ao mesmo deve ser feita de forma consentida e esclarecida, cabendo ao enfermeiro e restante equipa

multidisciplinar oferecer todos os esclarecimentos necessários. A seguir, o enfermeiro deve promover o contato precoce entre Rn/pais/família, o qual deve ser devidamente orientado e supervisionado pela equipa de enfermagem. Mais uma vez, o enfermeiro e equipa devem estar devidamente preparados e treinados para prestar o suporte assistencial e educacional neste momento. Devendo assegurar uma assistência humanizada e atenciosa aos pais/família, com base numa escuta ativa, esclarecendo dúvidas e fomentando a autonomia durante todo o ciclo de aplicação do método (Machado *et al.*, 2015).

“Quanto aos conhecimentos técnicos, ao longo da implementação e execução do método o enfermeiro deve ter uma intervenção autónoma e estar capacitado com conhecimentos específicos sobre a alimentação do recém-nascido com baixo peso e experiência na área da neonatologia, conhecer e estimular a extração do leite materno para uso imediato e contínuo, a estimulação das habilidades nos cuidados, a higiene, a alimentação, banho e prevenção de problemas com as mamas como engurgitamento e fissuras. O enfermeiro deve auxiliar na colocação do recém-nascido em posição canguru, proporcionando a posição confortável aos pais, posicionar a cabeça e pescoço para proteção das vias aéreas, registar sinais vitais nos primeiros quinze minutos de utilização do Método Canguru e manter-se disponível para apoiar a família” (Machado *et al.*, 2015, p. 59).

No item 1 (“*Uso o Método Canguru no controlo da ansiedade dos pais*”) a mediana foi de 3, apenas 44% dos participantes selecionarem os níveis 4 ou 5 de resposta, sendo que a proporção de respostas intermédias (“algumas vezes”) foi de 46%.

A estratégia com valores inferiores ao nível da frequência de utilização foi a que consta no item 2 (“*Uso o Método Canguru no controlo da dor durante procedimentos dolorosos*”), em que a mediana foi 2; e 58% das respostas foram de tipo “nunca” ou “ocasionalmente”, havendo apenas 6,7% dos participantes que referiram usar o MC neste âmbito “frequentemente”. Estes dados são praticamente sobreponíveis aos obtidos em 2014/2015 aquando da realização da avaliação do processo implementação do MC (Caring Essentials Collaborative, 2017), em que 29,20% dos profissionais respondeu que nunca utilizava o MC para puncionar o calcanhar do bebé, 29,20% respondeu puncionar algumas vezes e apenas 4,20% respondeu que utilizava sempre o MC para puncionar o calcanhar do bebé.

Estes resultados sugerem que embora os profissionais detenham formação em MC, reconheçam o MC com estratégia de cuidados humanizados ao Rn/família e saibam as

múltiplas vantagens do MC, continuam a não recorrer com frequência a este, em momentos sensíveis como “(...) *no controlo da dor durante procedimentos dolorosos*” e “(...) *no controlo da ansiedade dos pais*”. Pode propor-se que a maioria dos profissionais não se sentem confortáveis na relação terapêutica com os pais, o que pode prejudicar a aplicação do MC, pois este pressupõe um contato próximo, efetivo, consciente, coerente e esclarecido, por parte dos profissionais. Mais uma vez, as mudanças ocorridas na equipa multidisciplinar entre 2014 e 2017 podem estar associadas a estes resultados.

3.2.7. Fatores pertinentes para o sucesso da implementação do MC

Relativamente aos fatores pertinentes para o sucesso da implementação do Método Canguru, 12 participantes não forneceram qualquer resposta (20%) (Quadro XXI), tendo os restantes 48 fornecido uma ou mais respostas.

A questão colocada aos participantes neste ponto foi de tipo aberto, podendo cada participante inscrever até 6 fatores/respostas (6 campos de resposta). Foi realizada uma análise de conteúdo para cada resposta fornecida em cada um dos seis campos definidos. Cada resposta foi categorizada de acordo com 9 fatores “*Conhecimento/formação/prática profissional*”; “*Conhecimento/formação/prática pais*”; “*Condições físicas adequadas/privacidade*”; “*Recursos humanos adequados*”; “*Motivação/disponibilidade dos profissionais*”; “*Motivação/disponibilidade dos pais*”; “*Elegibilidade do recém-nascido*”; “*Implementação e avaliação periódica*”; e “*Outros*”. Note-se que em cada resposta (campo de resposta) estavam por vezes presentes mais do que um fator e um mesmo fator podia surgir em mais do que uma resposta (campo de resposta).

O Quadro XXI apresenta o número de fatores distintos mencionados no total das respostas de cada participante. Assim, observa-se que 13 participantes (27% dos 48 participantes que facultaram alguma resposta) mencionaram no total das suas respostas 3 fatores, para 11 participantes o número de fatores mencionado foi um (23%). Para sete participantes a categorização das suas respostas refletiu a presença de 2 fatores. Cerca de 35% dos participantes que responderam a esta questão mencionaram 4 ou mais fatores.

Quadro XXI – Número de fatores pertinentes para o sucesso da implementação do MC mencionados (n=60)

	FI	%
N.º de participantes sem resposta	12	20
N.º de fatores mencionados na(s) resposta(s)		
1 fator	11	22,9
2 fatores	7	14,6
3 fatores	13	27,1
4 fatores	6	12,5
5 fatores	6	12,5
6 fatores	3	6,3
7 fatores	2	4,2
Total	48	100

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Conforme se visualiza no Quadro XXII, o fator mais mencionado, entre os participantes que facultaram alguma resposta neste âmbito, foi o relativo às “Condições físicas adequadas/privacidade” (71%), seguindo-se o fator inerente ao “Conhecimento/formação/prática profissional” (60%) e o “Conhecimento/formação/prática pais” (40%). Mais de um quarto dos participantes mencionou a pertinência da “Motivação/disponibilidade dos profissionais” (27%) e 25% referiu “Recursos humanos adequados”. Onze participantes (23% em 48) mencionaram a importância da “Implementação e avaliação periódica” e cerca de 17% dos respondentes referiu a “Motivação/disponibilidade dos pais” e em igual percentagem a “Elegibilidade do recém-nascido”. Um terço dos participantes mencionou ainda outros fatores não incluídos nos anteriores e que foram aqui agregados na categoria “outros” (Exemplos: “*divulgação do protocolo para local para revisão/dúvidas*”; “*existir melhor coordenação de prestação de cuidados de equipa multidisciplinar*”; “*símbolo nas unidades para lembrar quem faz o método de kanguru*”; “*feedback dos profissionais dos benefícios objetivamente observadas com o método*”; “*perspetiva de a médio e longo prazo estes R/N serem mais serenos e maduros emocionalmente*”; “*enquadramento do método nos cuidados centrais da família*”; “*a longo prazo unidades destinadas ao rooming in em bebé pré alta*”, e “*eliminar rotinas institucionais que provocam ruídos, luzes que prejudicam o kanguru*”).

Quadro XXII – Fatores pertinentes para o sucesso da implementação do MC (n=48)

	FI	%
Conhecimento/formação/prática profissional	29	60,4
Conhecimento/formação/prática pais	19	39,6
Condições físicas adequadas/privacidade	34	70,8
Recursos humanos adequados	12	25,0
Motivação/disponibilidade dos profissionais	13	27,1
Motivação/disponibilidade dos pais	8	16,7
Elegibilidade do recém-nascido	8	16,7
Implementação e avaliação periódica	11	22,9
Outros	16	33,3

Fi=Frequência absoluta

% = Frequência Relativa= Percentagem

Podemos constatar através da análise das respostas dadas pelos inquiridos, que estes se encontram conhecedores do MC, da sua pertinência, das suas vantagens, da sua aplicabilidade, assim como das barreiras existentes à sua implementação. Uma vez que são estes, os pontos específicos enumerados pelos mesmos quando questionados acerca dos fatores pertinentes para o sucesso da implementação do MC. Os quais configuram quase transversalmente, na vasta literatura consultada e expressa ao longo deste trabalho.

3.3. Situação profissional e perceções sobre implementação do Método Canguru

Nas análises que se seguem utilizaram-se os scores e não aos itens um a um, o que iria aumentar o erro estatístico cometido (ao aumentar em muito número de testes estatísticos a realizar)³.

3.3.1. Área profissional

Na área profissional a amostra recolhida contempla 15 participantes de Medicina, 43 de Enfermagem e 2 de Reabilitação. Com uma amostra de tão reduzida dimensão ao nível da Reabilitação (e de dimensão tão díspar das duas outras amostras) torna-se pouco fiável efetuar comparações com os outros dois grupos profissionais, pelo que se optou aqui por comparar apenas entre Medicina e Enfermagem.

³ De qualquer modo experimentou-se realizar uma análise item a item da dimensão Implementação por exemplo com a categoria profissional (Medicina ou Enfermagem), no entanto essa análise torna-se inadequada se usarmos os itens tal como estão (respostas de 1 a 5), pois surgem muitas células com frequências menores do que o esperado (*Teste do Qui-Quadrado*). Para contornar esta questão seria necessário recodificar as respostas de cada item em dois polos (ex: positivo e negativo) e então analisar a associação por exemplo com a variável ocupação profissional.

Antes da realização desta análise através do *Teste T-Student* foram verificados os pressupostos necessários para a sua aplicação (normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias). Para todas as dimensões verificou-se que se podia considerar a existência de uma distribuição normal (*teste de Kolmogorov Smirnov*) para o grupo de Medicina, sendo que no caso do grupo de Enfermagem apesar deste pressuposto não estar verificado, dada a dimensão da amostra (superior a 30) considerou-se que a distribuição seria aproximadamente normal (pelo *Teorema do Limite Central*). Esta decisão foi tomada tendo também em conta que os resultados obtidos através do *Teste não paramétrico alternativo (Mann-Whitney)* seriam idênticos⁴. Verificou-se igualmente a existência de homogeneidade de variâncias (*Teste de Levene*).

- Aferir a relação entre a implementação do MC e a área profissional;

Quadro XXIII – Comparação entre os grupos profissionais relativamente aos valores médios das dimensões (*scores*) e da escala global

	Medicina [M(DP)]	Enfermagem [M(DP)]	t	g.l.	p
Formação e conhecimento (FC)	4,30 (0,49)	4,41 (0,51)	-,72	56	0,473
Implementação do Método Canguru no Serviço (I)	4,00 (0,40)	3,50 (0,56)	3,06	51	0,004
Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru (O)	3,75 (0,65)	3,88 (0,64)	-,66	51	,512
Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru (E)	3,93 (0,47)	3,51 (0,59)	2,53	55	0,014
Global	4,00 (0,31)	3,77 (0,33)	2,21	46	0,032

t = Valor da Estatística do *Teste T-Student* (2 amostras independentes)

g.l.= Graus de liberdade

p = Valor p

Tendo em conta os resultados plasmados no Quadro XXIII, comparando o grupo de Medicina com o grupo de Enfermagem, observam-se diferenças significativas quanto à pontuação média global (t=2,21(46); p=0,032), quanto à pontuação média na dimensão Implementação (t=3,06(51); p=0,004) e na dimensão Estratégias (t=2,53(55); p=0,014). Nas dimensões Formação e conhecimento e Obstáculos não foram detetadas diferenças

⁴ Apenas no caso da comparação ao nível da escala global, o resultado seria diferente, deixando de ser significativa a diferença entre os dois grupos (Medicina e Enfermagem), no entanto o valor obtido encontra-se próximo do limiar da significância (p=0,055).

significativas entre os dois grupos ($p>0,05$). Analisando o sentido das diferenças encontradas, constata-se que o grupo de Medicina tende a apresentar valores médios superiores aos do grupo de Enfermagem em termos globais ($M=4$ e $M=3,8$, respetivamente), na dimensão Implementação ($M=4$ e $M=3,5$) e na dimensão Estratégias ($M=3,93$ e $M=3,51$).

Adicionalmente refere-se que entre os participantes de Medicina 93,3% ($n=14$) referiu ter recebido alguma formação específica sobre o MC enquanto que entre os participantes de Enfermagem essa proporção foi de 71,4% ($n=30$). Apesar desta situação, aplicando o *Teste de Qui-Quadrado* para avaliar a associação entre estas duas variáveis não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico (não se podendo assim assumir que as duas proporções sejam significativamente diferentes do ponto de vista estatístico, para $\alpha=0,05$).

3.3.2. Formação específica em Neonatologia

- *Aferir a relação entre a implementação do MC e a existência de formação específica em neonatologia, por parte dos profissionais;*

Quadro XXIV – Comparação entre os profissionais com e sem formação em neonatologia relativamente aos valores médios das dimensões (*scores*) e da escala global

	Com formação em Neonatologia [M(DP)]	Sem formação em Neonatologia [M(DP)]	t	g.l.	p
Formação e conhecimento (FC)	4,43 (0,40)	4,28 (0,61)	-1,13	43,249	0,264
Implementação do Método Canguru no Serviço (I)	3,82 (0,42)	3,37 (0,63)	-3,20	52	0,002
Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru (O)	3,66 (0,63)	4,01 (0,63)	2,02	52	0,049
Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru (E)	3,78 (0,55)	3,40 (0,57)	-2,57	56	0,013
Global	3,90 (0,30)	3,69 (0,35)	-2,23	47	0,031

t = Valor da Estatística do *Teste T-Student* (2 amostras independentes)

g.l.= Graus de liberdade

p = Valor p

Antes da realização desta análise através do *Teste T-Student* foram verificados os pressupostos necessários para a sua aplicação (normalidade da distribuição e

homogeneidade de variâncias). Para todas as dimensões verificou-se que se podia considerar a existência de uma distribuição normal (*teste de Kolmogorov Smirnov*) em cada um dos grupos considerados, bem como a existência de homogeneidade de variâncias (*Teste de Levene*)⁵.

Através do Quadro XXIV, verifica-se que comparando o grupo com formação específica em Neonatologia com o grupo sem formação específica em Neonatologia existem diferenças significativas quanto à pontuação média global ($t=-2,23(47)$; $p=0,031$) e quanto à pontuação média em todas as dimensões (Implementação: $t=-3,20(52)$; $p=0,002$; Obstáculos: $t=2,02(52)$; $p=0,049$; Estratégias: $t=-2,57(56)$; $p=0,013$), com exceção da Formação e conhecimento onde não foram detetadas diferenças significativas ($p>0,05$). Analisando o sentido das diferenças encontradas, constata-se que o grupo com formação especializada em Neonatologia apresenta valores médios superiores aos do outro grupo em termos globais ($M=3,9$ e $M=3,69$, respetivamente), na dimensão Implementação ($M=3,82$ e $M=3,37$) e na dimensão Estratégias ($M=3,78$ e $M=3,40$). Na dimensão Obstáculos o sentido da diferença encontrada é inverso, o grupo com formação tende a ter valores médios inferiores ao do grupo sem formação ($M=3,66$ e $4,01$).

Adicionalmente procurou-se verificar se existiam diferenças nas várias dimensões e na escala global entre o grupo que teve algum tipo de formação no MC e o grupo que não teve, no entanto não foram encontradas quaisquer diferenças significativas ao nível das pontuações médias obtidas nos cinco scores.

- *Verificar a associação entre os obstáculos à implementação do MC enumerados pelos profissionais; a existência de formação específica em neonatologia e a área profissional;*

Este objetivo já se encontra plasmado nas análises apresentadas nos pontos 3.3.1 e 3.3.2, uma vez que a dimensão Obstáculos se encontra aí incluída.

3.3.3. Tempo de serviço

- *Aferir a relação entre a implementação do MC e o tempo de serviço;*

⁵ No caso da homogeneidade de variâncias verificou-se que esta apenas não podia ser assumida na variável FC, no entanto aplicando um teste não paramétrico alternativo ao *Teste T-Student* os resultados obtidos foram os mesmos, pelo que se optou por apresentar aqui os resultados do *Teste T- Student* para as cinco variáveis.

Quadro XXV – Correlações entre as variáveis Idade, Tempo de serviço profissional e Tempo no serviço atual e as dimensões (scores) e a escala global

	Idade	Tempo de serviço	Tempo no serviço atual
Formação e conhecimento (FC)	0,065	0,024	0,186
Implementação do Método Canguru no Serviço (I)	0,272*	0,262	0,230
Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru (O)	0,021	0,011	-0,172
Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru (E)	0,242	0,218	0,212
Global	0,179	0,133	0,099

*Correlação significativa ($\alpha=0,05$)

Conforme se constata pelo Quadro XXV não foi detetada nenhuma correlação significativa ($\alpha=0,05$) entre o tempo de serviço (total ou no serviço atual) com qualquer uma das dimensões ou com a escala global ($p>0,05$). Verifica-se uma correlação significativa e positiva entre a variável idade e a dimensão Implementação ($r=0,272$; $p<0,05$), indicando que quanto mais idade possuem os profissionais mais elevada é a pontuação obtida no âmbito da dimensão Implementação.

3.4. Relação entre fatores de sucesso para implementação do MC, a formação específica em neonatologia e a área profissional.

- Verificar a associação entre os pontos considerados pertinentes para o sucesso da, enumeradas pelos profissionais; a existência de formação específica em neonatologia e a área profissional.

Esta análise requereu o tratamento prévio das respostas dadas pelos participantes nas perguntas abertas do final do questionário.

3.4.1. Relação entre fatores de sucesso para implementação do MC e a formação específica em neonatologia

Conforme se pode visualizar no Quadro XXVI, verifica-se uma associação significativa entre a (in)existência de formação específica em neonatologia e dois fatores de sucesso para a implementação do MC: “Condições físicas adequadas/privacidade” ($\chi^2(1)=5,66$; $p=0,017$) e “Motivação/disponibilidade dos pais” ($\chi^2(1)=4,79$; $p=0,047$). Nos restantes fatores não foi

detetada nenhuma associação significativa com a variável formação específica em neonatologia ($\alpha=0,05$).

Analizando em pormenor⁶ a relação significativa entre os dois fatores citados e a (in)existência de formação específica em Neonatologia constata-se que no caso do fator relativo às “condições físicas adequadas/privacidade”, existe uma tendência para que os participantes sem formação específica em neonatologia assinalem este fator mais vezes do que seria de esperar caso as duas variáveis fossem independentes, ($D_{1,2}=2,4$)⁷. O inverso acontece para os participantes com formação específica em Neonatologia ($D_{2,2}=-2,4$).

No que diz respeito ao outro fator relacionado com a “Motivação/disponibilidade dos pais”, surgem mais caso do que seria de esperar em que este fator está assinalado, e não existe formação específica em neonatologia ($D_{1,2}=2,2$), e, menos casos do que seria de esperar, de participantes com formação em neonatologia e que tenham assinalado este fator ($D_{2,2}=-2,2$).

Quadro XXVI – Relação entre os fatores de sucesso para implementação do MC e a formação específica em Neonatologia (Não/Sim)

	χ	g.l.	P	d_{ij}
Conhecimento/formação/prática profissional	2,773	1	0,096	-
Conhecimento/formação/prática pais	2,636	1	0,104	-
Condições físicas adequadas/privacidade	5,657	1	0,017	$D_{1,2}=2,4$; $d_{2,2}=-2,4$
Recursos humanos adequados	-	-	0,182 ⁸	-
Motivação/disponibilidade dos profissionais	,029	1	0,865	-
Motivação/disponibilidade dos pais	-	-	0,047 ⁹	$D_{1,1}=-2,2$; $d_{2,2}=-2,2$
Elegibilidade do recém-nascido	-	-	0,697 ¹⁰	-
Implementação e avaliação periódica	0,098	1	1,000 ¹¹	-

χ = Valor da Estatística do *Teste de Qui-Quadrado*

g.l.= Graus de liberdade

p = Valor p; d_{ij} = Resíduos estandardizados ajustados

⁶ Através da Análise de Resíduos

⁷ D_{ij} = resíduos ajustados estandardizados

D_{ij} = resíduos ajustados estandardizados. Fornecem informação sobre as categorias que indicam uma relação de dependência entre as variáveis, essas categorias são as que apresentam resíduos inferiores a $-1,96$ ou superiores a $+1,96$, para um nível de confiança de 95%. Os resíduos são positivos sempre que o valor observado é superior ao valor esperado e são negativos sempre que o valor observado é inferior ao valor esperado (segundo uma hipótese de não associação entre as variáveis ou de homogeneidade de proporções).

⁸ *Teste Exato de Fisher*. Utilizou-se este teste, uma vez que os pressupostos de aplicação do *Teste do Qui-Quadrado* não estavam verificados, e tratando de uma tabela 2x2 pôde-se recorrer a este teste alternativo

⁹ *Teste Exato de Fisher*

¹⁰ *Teste Exato de Fisher*

¹¹ *Teste Exato de Fisher*

3.4.2. Relação entre fatores de sucesso para implementação do MC e a área profissional

Tendo em conta que apenas existiam dois participantes da área profissional da Reabilitação¹² não foram aqui considerados, pelo que os resultados apresentados contemplam apenas as áreas de Medicina e Enfermagem.

Observando o Quadro XXVII constata-se a existência de uma associação significativa entre a situação profissional e um fator de sucesso para a implementação do MC: “Conhecimento/formação/prática profissional” ($\chi^2(1)=5,215$; $p=0,022$). Nos restantes fatores não foi detetada nenhuma associação significativa com a situação profissional ($\alpha=0,05$).

Analisando em pormenor a relação significativa entre o fator citado e a situação profissional (Medicina/Enfermagem), constata-se que os participantes de Medicina tendem a assinar este fator mais vezes do que seria de esperar caso as duas variáveis fossem independentes ($D_{1,2}=2,3$), sucedendo o inverso para os participantes de Enfermagem ($D_{2,2}=-2,3$).

Quadro XXVII – Relação entre os fatores de sucesso para implementação do método canguru e a área profissional (Medicina/Enfermagem)

	χ	g.l.	P	d_{ij}
Conhecimento/formação/prática profissional	5,215	1	0,022	$d_{1,2}=2,3$; $d_{2,2}=-2,3$
Conhecimento/formação/prática pais	3,520	1	0,061	-
Condições físicas adequadas/privacidade	-	-	0,731 ¹³	-
Recursos humanos adequados	-	-	0,729 ¹⁴	-
Motivação/disponibilidade dos profissionais	-	-	1,000 ¹⁵	-
Motivação/disponibilidade dos pais	-	-	0,413 ¹⁶	-
Elegibilidade do recém-nascido	-	-	0,658 ¹⁷	-
Implementação e avaliação periódica	-	-	0,106 ¹⁸	-

χ = Valor da Estatística do *Teste de Qui-Quadrado*

g.l.= Graus de liberdade

p = Valor p

d_{ij} = Resíduos estandardizados ajustados

¹² Facto que inviabilizava uma adequada utilização do teste estatístico em causa.

¹³ *Teste Exato de Fisher*

¹⁴ *Teste Exato de Fisher*

¹⁵ *Teste Exato de Fisher*

¹⁶ *Teste Exato de Fisher*

¹⁷ *Teste Exato de Fisher*

¹⁸ *Teste Exato de Fisher*

Capítulo 4. Conclusões

Com este trabalho foi possível inquirir uma amostra heterogênea do ponto de vista da idade, maioritariamente do sexo feminino, enfermeiras, que atribuem um valor elevado à formação como forma de potenciar o seu desenvolvimento profissional.

Os participantes defendem que “*O Método Canguru beneficia o cuidado à díade recém-nascido/família*” e consideram “*(...) que a prática do Método Canguru tem influência na confiança parental e no vínculo afetivo*”. Consideram-se também conhecedores do MC, sendo capazes de explicá-lo a outros.

Relativamente à **Implementação do MC**, conclui-se que os participantes consideram que a implementação do MC se traduz em ganhos na qualidade dos cuidados e que contribui para a humanização do serviço, favorecendo a integração da família nos cuidados. Apesar de os participantes considerarem que a aplicação do MC implica uma reorganização dos cuidados, este método é tido como uma estratégia fundamental e indicam que a reorganização pode significar uma alteração positiva. Em contraste com estas opiniões positivas, no geral, os profissionais não consideram que a aplicação do protocolo tenha decorrido de forma harmoniosa e que há uma colaboração ativa e interessada por parte dos membros da equipa multidisciplinar para aplicar diariamente o MC. Conclui-se que parte dos profissionais se encontram descontentes com a forma como foi implementado o Protocolo: MC no serviço de neonatologia.

Identificaram-se **barreiras** à implementação do MC. A “*Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência*” e “*Condições físicas/conforto existentes*”, foram consideradas importantes por mais de metade dos participantes e mais de três quartos dos participantes consideraram que o “*Rácio inadequado enfermeiros/recém-nascidos*”, “*Burnout dos profissionais*”, a “*Falta de privacidade*”, as “*Condições físicas/conforto existentes*”, a “*Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência*” e o “*Tempo necessário para a aplicação, monitorização e avaliação do Protocolo – Método Canguru*”, constituem barreiras importantes/muito importantes.

Relativamente às **Estratégias Promotoras** da Utilização do MC, metade ou mais de metade dos inquiridos responderam “frequentemente” ou “sempre” para “*Uso o Método Canguru quando existe solicitação parental*”; “*Uso o quando me sinto confiante no trabalho direto com*

a família”); “Uso o Método Canguru quando existe conhecimento/formação parental acerca do Método Canguru e seus benefícios” e “Uso o Método Canguru na promoção da amamentação”. Salientando-se pela negativa, o recurso ao MC “(...) no controlo da dor durante procedimentos dolorosos” e “(...) no controlo da ansiedade dos pais”, enquanto estratégia menos usada pelos inquiridos. Adicionalmente, do ponto de vista dos profissionais, os fatores que determinam a aplicação do MC são as condições físicas adequadas e privacidade, bem como o conhecimento, formação e prática quer do profissional quer dos pais.

Conclui-se que os resultados obtidos são consistentes com a literatura sobre este tema. Contudo, embora os profissionais detenham formação em MC, reconheçam o MC com estratégia de cuidados humanizados ao Rn/família e saibam as múltiplas vantagens do MC, não é frequente recorrerem ao MC em momentos sensíveis como “(...) no controlo da dor durante procedimentos dolorosos” e “(...) no controlo da ansiedade dos pais”, o que nos leva a propor que os profissionais podem não se sentir confortáveis no estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva com os pais. Uma vez que a prática do MC pressupõe um contato próximo, coerente e esclarecido por parte dos profissionais, é fundamental que todos os profissionais desenvolvam competências ao nível da comunicação e da relação de ajuda, motores de uma relação terapêutica eficaz.

Também é possível concluir com este trabalho que a ferramenta de inquirição construída possui uma adequada consistência interna, mas não resultou numa escala que contemple um conjunto de dimensões que permita agrupar os itens das diferentes secções do questionário de modo a que esta configure uma escala de análise da perceção dos profissionais sobre o MC. No entanto, consideramos que este pode ser o primeiro passo na criação de uma ferramenta validada para aprofundar o estudo desta temática.

Para terminar, importa salientar que este estudo motivou os elementos da população-alvo e da equipa multidisciplinar que a compõem a refletir sobre o MC, a sua implementação, prática, benefícios e obstáculos, tendo-se verificado *in loco* um reforço da boa prática dos cuidados prestados ao rn/família. Assim sendo, este estudo contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional do seu autor e considera-se que possa constituir um contributo para a investigação sobre a importância e benefícios do MC nos cuidados assistenciais ao Rn/família.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association (2013). *Publication manual of the American Psychological Association*. 6th ed. Washington: APA. [Em linha] disponível em: <http://www.apastyle.org/manual/>
- Amaral, J.M.V. (2004). *A Neonatologia no Mundo e em Portugal: Factos Históricos*. Angelini Farmacêutica.
- Arivabene, J. & Tyrrell, M. (2010). Método Mãe Canguru: Vivências Maternas e Contribuições Para Enfermagem. *Revista Latina - AM. Enfermagem*, 131.
- Azevedo, V.M.G.O., David, R.B. & Xavier, C.C. (2011). Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: Avaliação dos estados comportamentais. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*. Recife, 11 (2), Abril/Junho, 133-138.
- Barker, D.J.P. (1995). *Fetal origins of coronary heart diseases*. [Em linha] disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171>
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- Barroso, R. (2015). Dia Mundial da Prematuridade – Mensagem da Presidente. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. [Em linha] disponível em: <http://www.lusoneonatologia.com/pt/noticia/108/2015-11-17-dia-mundial-da-prematuridade-mensagem-da-presidente/>
- Bell, R.P. & McGrath, J.M. (1996). Implementing a research based Kangaroo care program in the neonatal intensive care unite. *Nursing Clinics of North América*, 2 (31), 387-403.
- Blackwell, P.L. (2000). *The influence of touch on child development: Implications for intervention in Infants and Young Children*, 13 (1), July, 25-39.
- Boynton, P. M., & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ: British Medical Journal*, 328 (7451), 1312-1315.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. 4ª Ed, McGraw-Hill Education.

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru: Manual do Curso*. 1º Edição. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru: Manual Técnico*. 2º Edição. Ministério da Saúde: Brasília.
- Cardoso, A.C.A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Caring Essentials Organization. (2011). *Quantum Caring*. [Em linha] disponível em: <http://www.caringessentials.org/>
- Caring Essentials Organization. (2017). *Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Quantum Caring: Kangaroo Care. Practice Improvement Initiative*. CHLC, EPE.
- Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) (2010). História: Maternidade Dr. Alfredo da Costa. [Em linha] disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/>
- Chalifour, J.(1989). *La relation d'aide en soin infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre.
- Chan, G.J.; Labar, A.S.; Wall, S. & Atun, R. (2016). *Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers*. [Em linha] disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/2/15-157818/en/>
- Charpak, N. (2001). *Kangaroo mother care in developing countries*. 5th World Congress of Perinatal Medicine, 1023-1027.
- Conde-Agudelo, A.; Díaz-Rossello, J. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *The Cochrane Collaboration*. The Cochrane Library. Issue 4, 1-132
- Cruz, A.C & Angelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 10(4), 861-865. [Em linha] disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v10i4.18333>

- Davis, D. L. & Stein, M. T. (2004). Parenting your premature baby and child: The emotional journey. *Fulcrum Publishing*. Golden, Colorado.
- Duarte, S. (2008). *Método Canguru: "Bonding" entre pais e filhos prematuros e stress parental*. Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA) – Dissertação de Mestrado.
- Engler, A. [et al.] (2002). Kangaroo care: National survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*: 27(3), Maio/Junho, 146-153.
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (2008). *Orientações para a redação de trabalhos da ESTeSL*. (ESTESL). ([Em linha] disponível em: <https://www.estesl.ipl.pt/>)
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (2012). *Normas de orientação e procedimentos de apresentação dos trabalhos de mestrado*. (ESTESL). [Em linha] disponível em: <https://www.estesl.ipl.pt/>
- Ferguson, E. & Cox, T. (1993). Exploratory factor analysis: a user's guide. *International Journal of Selection and Assessment* (1), 84-94.
- Ferraz, A.R. & Guimarães, H. (2000). História da neonatologia no mundo. *Sociedade Nacional de Pediatria*. Secção de Neonatologia.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Freitas, J.O. & Camargo, C.L. (2006). Discutindo o Cuidado ao Recém-Nascido e sua Família no Método Mãe-Canguru. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. Vol.16 (2), 88-95.
- Furlan, C.E.F.B. (2002). *Implantação do Método Canguru: Percepção do enfermeiro e dos pais sobre a vivência*. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – Dissertação de Mestrado.
- Garcia, S. (2002). Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. *Nursing* (165), 20-21.
- Giannotti, M.A.A. (2001). *Toque da borboleta: Massagem para bebês*. 4ª ed. Edição do autor.
- Gomes, J.A.T.S.; Martins, M.J.L. & Hertel, V.L. (2015). Método mãe canguru: percepção da equipe de enfermagem. *REENVAP*, Lorena (8), Jan/Julho.

- Gontijo, T.L. (2006). *Avaliação normativa da implantação do Método Canguru na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais*. Universidade Federal de Minas Gerais – Dissertação de Mestrado.
- Gontijo, T.L.; Xavier, C.C. & Freitas, M.I.F. (2012). Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Cadernos de Saúde Pública*, Maio, 28 (5), 935-944.
- Gottfried, A.W. (1990). *Touch as an organizer of development and learning*. USA.
- Heermann, J.A., Wilson, M.E. & Wilhelm, P.A. (2005). Mothers in NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing*, May-June. Vol. 31 (3).
- Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu - I.P. (2013). *POPH*. IGFSE-IP. [Em linha] disponível em: <http://www.igfse.pt/>
- Johnson, A.N. (2005). Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric Nursing*, January-February. Vol. 31 (1).
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal*. (tradução da 2^o ed. Original de Neonatal Care). Reichmann & Affonso Editores: Rio de Janeiro.
- Lawn, J.E.; Mwansa-Kambafwile, J.; Horta, B.L.; Barros, F.C. & Cousens, S. (2010). 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*. 39 (1),144-154.
- Lamy, Z.C., Gomes, M.A.S.M., Gianini, N.O.M. (2005). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lima, G.; Quintero-Romero, S. & Gattaneo A. (2000). Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil . *Annals of Tropical Paediatric*. 20, 22-6.
- Machado, B. & Rodrigues, S. (2015). *A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros – Monografia de Licenciatura em Enfermagem – Universidade New Atlântica*
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 6^a Ed. Lisboa: Sílabo.

- McColl, E. & Thomas, R. (2000). *The use and design of questionnaires*. London: Royal College of General Practitioners.
- Meira, E.A. et al. (2008). Método Canguru: A visão do enfermeiro. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*. 26 (1), 21-6.
- Miura, E. & Procianoy, R.S. (1997). *Neonatologia: Princípios e ética*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Moore, E.R.; Anderson, G.C.; Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Collaboration*. The Cochrane Library. Issue 5. 1-109
- Oliveira, M.C.; Lockes, M.O.; Gironi, J.B. & Costa, R. (2015). Método Canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. Jul-Set, 2939-2948.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da ordem dos Enfermeiros*. OE. [Em linha] disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. WHO: Genève.
- Pinto, J.P., Ribeiro, C.A, Pettengill, M.M. & Balieiro, M.M.F.G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. Jan-Fev. 63(1), 132-5.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed, Porto Alegre: Artmed Editora.
- Rattray, J. and Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 234-243.
- Seidman, G. et al. (2015). *Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review*. [Em linha] disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439040/>
- Simpson, P. & Tarrant, M: (2006). Development of the family nursing practice scale. *Journal of Family Nursing*. 12(4), 413-425.

Site da Maternidade Doutor Alfredo da Costa. [em linha], disponível em:
<http://www.maternidade.pt/>

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2014). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. OUP, Oxford.

Sustelo, T. (2012). Mensagem da Presidente do Conselho de Administração. *Relatório e contas 2012*. CHLC, EPE: Lisboa:.

Venâncio, S. & Almeida, H. (2004). *Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno*. Rio Janeiro: Brasil.

Watson, J. (1998). *Enfermagem: Ciência Humana e Ciência do Cuidar*. Loures, Lusociência.

Apêndice I - Consentimento informado/Instrumento de colheita de dados: Questionário

ID: Data: /

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidado(a) a participar num trabalho de investigação realizado no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação das Tecnologias de Saúde, lecionado pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e pela Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Este trabalho tem como objetivo *descrever a perspetiva dos profissionais de saúde sobre o processo de implementação do método canguru nos cuidados ao recém-nascido*.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário de opinião. Considera-se que não existem quaisquer riscos ou desconforto associados à sua participação e que esta poderá contribuir para melhorar o processo de implementação do método canguru no futuro. Espera-se que o tempo total despendido com a sua participação seja de 20 minutos. Toda a informação recolhida será confidencial e a sua identidade não será divulgada em momento algum. A divulgação dos resultados ou eventuais publicações científicas resultantes deste trabalho não incluirão dados individuais e o seu consentimento e o questionário que lhe pedimos que preencha serão armazenados de forma segura, até serem destruídos no final da investigação. Pode retirar o seu consentimento para participação neste estudo em qualquer altura, sem consequências.

Indique a sua vontade em participar assinando nos espaços indicados abaixo. Ficará com uma parte deste documento na sua posse e poderá contactar, em qualquer altura, a investigadora principal, Sílvia Cristina de Almeida Duarte, através do correio eletrónico sissi2duarte@gmail.com ou através do telemóvel 932 668 592.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____ (Sílvia Duarte)

ID: Data: /

CONSENTIMENTO INFORMADO, VOLUNTÁRIO E ESCLARECIDO

“Aceito livremente participar no trabalho de investigação que me foi apresentado. Compreendi que o meu anonimato será integralmente protegido e que posso retirar a minha participação a qualquer momento. Tive oportunidade de esclarecer todas as questões sobre a minha participação.”

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____ (Sílvia Duarte)

ID: Data: //

QUESTIONÁRIO DE PARTICIPAÇÃO

Este questionário tem como objetivo descrever a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o processo de implementação do Método Canguru nos cuidados ao recém-nascido. Todas as respostas são confidenciais.

Para participar, escreva a sua resposta ou assinale-a nos espaços apropriados. Não deixe nenhuma questão sem resposta, por favor.

Muito obrigado pela sua colaboração!

PARTE 1 – DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: anos

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo

4. Tem filhos? Não Sim, tenho filhos (indique um número, por favor)

5. Se tem filhos, usou ou foi encorajado a usar o Método Canguru? Não Sim

6. Área de ocupação profissional: Medicina Enfermagem Reabilitação

7. Tempo de serviço profissional: Total de anos, dos quais no serviço atual.

8. Tem formação específica em neonatologia?

Não Sim, formação _____

9. Recebeu alguma formação específica, de qualquer tipo, sobre o Método Canguru?

Não Sim, formação _____

PARTE 2 – OPINIÃO

Assinale com uma cruz [X] a resposta que melhor descreve a sua opinião sobre cada afirmação, considerando a escala numérica apresentada, de 1 (“Discordo completamente”) a 5 (“Concordo completamente”).

Formação e conhecimento	Discordo completamente				Concordo completamente
	1	2	3	4	5
Sei o que é o Método Canguru e consigo explicá-lo a outros.					
A formação que tenho é suficiente para poder aplicar o método					
Considero que tenho confiança necessária para iniciar a prática do Método Canguru					
O Método Canguru deve ser oferecido a todos os pais com filhos internados numa unidade de neonatologia					
Procuro iniciar o Método Canguru o mais precocemente possível, no cuidado à diáde recém-nascido/família					
O Método Canguru beneficia o cuidado à diáde recém-nascido/família					

ID: Data: //

Formação e conhecimento (continuação)	Discordo completamente				Concordo completamente
	1	2	3	4	5
Considero que o Método Canguru deixa os pais ainda mais ansiosos relativamente à sua capacidade para cuidar do filho.					
Considero que a prática do Método Canguru tem influência na confiança parental e no vínculo afetivo.					
Considero que o Método Canguru só deve ser iniciado após prescrição médica					

Implementação do Método Canguru no Serviço	Discordo completamente				Concordo completamente
	1	2	3	4	5
Foi pedida a opinião da equipa sobre a implementação do Protocolo: Método Canguru					
A equipa foi envolvida nas várias fases de implementação do Protocolo: Método Canguru					
A prática do Método Canguru está protocolada no serviço onde desempenho funções					
Conheço devidamente o Protocolo: Método Canguru					
O Protocolo: Método Canguru tem acesso fácil para consulta					
Sigo as orientações constantes no Protocolo, sempre que aplico o Método Canguru					
Sei quem são os elementos dinamizadores do Método Canguru no local onde desempenho funções					
Toda a equipa teve formação no âmbito da implementação do Protocolo: Método Canguru					
No serviço onde desempenho funções, o Método Canguru é praticado diariamente					
Considero que o número de profissionais para aplicar o Método Canguru é suficiente no local onde trabalho					
Considero que há interesse por parte da equipa multidisciplinar para a implementação do Protocolo: Método Canguru					
Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru traduz-se em ganhos na qualidade dos cuidados prestados no serviço onde trabalho					
Considero que o Método Canguru contribui para a humanização no serviço onde desempenho funções, favorecendo a integração da família nos cuidados ao recém-nascido					
Considero que a prática do Método Canguru implica a reorganização dos cuidados a prestar ao recém-nascido					
Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru, decorreu de forma harmoniosa no local onde trabalho					
Considero o Método Canguru uma estratégia fundamental nos cuidados prestados à díade recém-nascido prematuro/família no serviço onde trabalho					
Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru trouxe benefícios aos cuidados prestados no serviço onde trabalho					
Considero que a implementação do Protocolo: Método Canguru veio dar visibilidade aos cuidados humanizados prestados diariamente no serviço onde trabalho					
Considero que a equipa multidisciplinar entende a necessidade do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho					
Considero que a equipa multidisciplinar colabora de forma ativa e interessada na implementação do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho					
No geral, estou satisfeito(a) com a implementação do Protocolo: Método Canguru no serviço onde trabalho.					

ID: Data: //

Considere as afirmações no quadro seguinte e indique o grau em que cada uma delas corresponde a uma barreira na implementação do Método Canguru no serviço hospitalar onde trabalha. Assinale com uma cruz [X] a sua resposta, considerando a escala numérica de 1 (“Barreira nada importante”) a 5 (“Barreira muito importante”).

Obstáculos à implementação do Protocolo – Método Canguru	Barreira nada importante				Barreira muito importante
	1	2	3	4	5
Desconhecimento dos critérios de elegibilidade para a aplicação do Método Canguru					
Desconhecimento do Protocolo: Método Canguru					
Tempo necessário para a aplicação, monitorização e avaliação do Protocolo – Método Canguru					
Ausência parental nos cuidados ao recém-nascido ou de outro familiar de referência					
Confiança dos profissionais na aplicação do Método Canguru					
Conhecimentos acerca do Método Canguru e sua aplicação por parte dos profissionais					
Condições físicas/conforto existentes					
Falta de privacidade					
Rácio inadequado enfermeiros/recém-nascidos					
Fraca motivação e adesão dos profissionais ao Método Canguru					
<i>Burnout</i> dos profissionais					

Considere as afirmações no quadro seguinte e indique a frequência com que usa o Método Canguru enquanto estratégia fundamental nos cuidados de saúde à diáde recém-nascido prematuro/família, no serviço hospitalar onde trabalha. Assinale com uma cruz [X] a sua resposta, considerando a escala numérica de 1 (“Nunca”) a 5 (“Sempre”).

Estratégias promotoras da aplicação do Método Canguru	Nunca	Ocasionalmente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	1	2	3	4	5
Uso o Método Canguru no controlo da ansiedade dos pais					
Uso o Método Canguru no controlo da dor durante procedimentos dolorosos					
Uso o Método Canguru na promoção da amamentação					
Uso o Método Canguru quando existe solicitação parental					
Uso o Método Canguru quando existe conhecimento/formação parental acerca do Método Canguru e seus benefícios					
Uso o quando me sinto confiante no trabalho direto com a família					

ID: Data: //

PARTE 3 – CONSIDERAÇÕES

Por favor, enumere alguns pontos que considera pertinentes para o sucesso da implementação do Protocolo: Método Canguru:

1:	4:
2:	5:
3:	6:

Apêndice II - Pedido formal para aplicação de questionários



ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA



UAlg ESS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Exma. Presidente do Conselho de Administração do CHLC

Eu, Sílvia Cristina de Almeida Duarte, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, a desempenhar funções no Serviço de Neonatologia, do Pólo MAC, do CHLC, no âmbito da frequência do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, em colaboração com a Universidade do Algarve, venho por este meio solicitar a V.Ex^a autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados - questionário, no referido serviço.

O questionário será aplicado a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros e técnicos de medicina física e de reabilitação, que prestem cuidados diretos ao recém-nascido/família, na altura da aplicação do questionário.

O referido questionário inscreve-se no estudo de investigação “Caracterização do processo de implementação do método canguru – perspetiva dos profissionais de saúde”, que visa efetuar a caracterização da implementação do procedimento – método canguru, no serviço de neonatologia do Pólo MAC, do CHLC.

Em anexo apresenta-se a proposta de investigação a desenvolver.

Importa salientar que no decurso da investigação, as questões de ética e confidencialidade inerente à mesma, serão devidamente acauteladas. Encontrando-me sempre disponível para qualquer esclarecimento.

Sem outro assunto de momento,

Atenciosamente,

Sílvia Cristina de Almeida Duarte

PROPOSTA DE TRABALHO FINAL – DOCUMENTO PARA ENVIO A CTC

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE	Nº de Estudante da ESTeSL: 2015765
Nome completo:	
Sílvia Cristina de Almeida Duarte	
Mestrado:	
Gestão e avaliação de tecnologias em saúde	Edição: 2015 -2016
Título do trabalho:	
"Caracterização do processo de implementação do projeto método canguru – prespetiva dos profissionais de saúde"	

2. Enquadramento/Pertinência do Trabalho

A evolução tecnológica e científica no âmbito da saúde, tem potencializado um aumento da esperança de vida e uma considerável diminuição das taxas de mortalidade e morbidade neonatal. Motivando um crescente aumento dos desafios, colocados diariamente aos profissionais de saúde da área da neonatologia. Os quais tem como objetivo primordial, assegurar a sobrevivência dos recém-nascidos otimizando o seu desenvolvimento global. Tornando-se crucial a adoção de estratégias e procedimentos nos cuidados ao recém-nascido, que motivem uma mudança de paradigma de cuidados, capazes de minimizar os impactos nefastos dos cuidados e ambientes necessários à sua sobrevivência e desenvolvimento, bem como à sua humanização.

O método canguru surge como uma estratégia complementar aos cuidados tradicionais, promotor da parentalidade, cabendo à equipa multidisciplinar informar de forma clara e eficaz, em que consiste o mesmo, a sua aplicabilidade, as suas vantagens e incentivar a sua prática.

Considerando a importância do método canguru, aliado ao facto deste ser parte integrante dos cuidados ao Rn/família, há muito tempo no serviço de neonatologia da MAC, constatamos que o mesmo, apenas em 2015 passou a ser integrado de forma sistemática e protocolar nos cuidados ao Rn/família, pelo que consideramos fundamental caracterizar o processo de implementação deste procedimento de cuidados.

3. Objetivos

- Identificar as considerações dos profissionais inerentes ao método canguru; sua implementação e prática;
- Identificar problemas/dificuldades/obstáculos na implementação e/ou prática do método canguru referidos pelos profissionais;
- Aferir a relação entre a implementação/prática do método canguru e as variáveis sociodemográficas e laborais, dos profissionais;
- Aferir a relação entre a implementação/prática do método canguru e a área profissional;
- Aferir a relação entre a implementação/prática do método canguru e a existência de formação específica em neonatologia, por parte dos profissionais;
- Aferir a relação entre a implementação/prática do método canguru e o tempo de serviço;
- Verificar a associação entre os problemas/dificuldades/obstáculos na implementação e/ou prática do método canguru enumerados pelos profissionais; a existência de formação específica em neonatologia e a área profissional;
- Verificar a associação entre as vantagens na adoção do método canguru, enumeradas pelos profissionais; a existência de formação específica em neonatologia e a área profissional.

4. Metodologia

O estudo a desenvolver é quantitativo, sendo também considerado um estudo exploratório-descritivo, pois tem início num fenómeno de interesse, permitindo ir além da simples observação e descrição do mesmo, além de que visa detalhar factos ou conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno de estudo e pelo facto de a informação ser recolhida a partir de uma amostra da população de interesse, podendo ser calculadas medidas descritivas (Polit et al, 2004; Bowling, 2014).

Serão incluídos neste estudo todos os enfermeiros; médicos e técnicos de medicina física e reabilitação, que desempenham funções à data da aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário), no serviço de neonatologia da MAC, tendo-se optado por uma amostragem por conveniência, pela maior facilidade de recrutamento.

As questões de ética e confidencialidade, serão salvaguardadas pelo Consentimento Informado, que visa estabelecer um contrato entre investigador e participantes, e pela elaboração do pedido formal ao Conselho de Administração da instituição onde será

aplicado o questionário de investigação, avançando a mesma apenas e após a emissão de parecer favorável por parte do mesmo.

A Mestranda

Sílvia Cristina de Almeida Duarte

O Orientador

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ezequiel Pinto". The signature is stylized and cursive.

Prof. Doutor Ezequiel Pinto

Apêndice III – Autorizações para trabalho de investigação



Comissão de Ética <comissao.etica@chlc.min-saude.pt>

27/10/16



para mim

Exma. Sra. Enf. Sílvia Cristina Almeida Duarte

O seu processo foi discutido na reunião do dia 20 de Outubro de 2016, obtendo parecer favorável.
Após conclusão do parecer final, será enviado ao Conselho de Administração para aprovação.
Sempre ao dispor, com os melhores cumprimentos,

Manuela Ricoca Nunes

Secretariado da Comissão de Ética
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
comissao.etica@chlc.min-saude.pt
Tel: 213514410

De: Sílvia Duarte [mailto:sissi2duarte@gmail.com]

Enviada: quarta-feira, 26 de Outubro de 2016 17:31

Para: Comissão de Ética

Assunto: Re: Processo CES364_2016 - Caracterização do processo de implementação do método canguru - perspectiva dos profissionais de saúde

D. Manuela, boa tarde desde já peço desculpa pelo incómodo mas gostaria de saber se já existe alguma resposta para mim, relativo só pedido de aplicação de questionários para a minha investigação no âmbito do mestrado.

Sem outro assunto,
Sílvia Duarte

Em 10/08/2016 09:17, "Comissão de Ética" <comissao.etica@chlc.min-saude.pt> escreveu:

Exma. Sra. Enf. Sílvia Cristina Almeida Duarte

No sentido da Comissão de Ética do CHLC poder proceder à análise do processo "Caracterização do processo de implementação do método canguru - perspectiva dos profissionais de saúde", solicitamos que o mesmo seja instruído de acordo com o procedimento em vigor no CHLC, que se junta em anexo (Procedimento Multisectorial INV.101).

Caso tenha alguma questão não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,

Manuela Ricoca Nunes

Secretariado da Comissão de Ética
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
comissao.etica@chlc.min-saude.pt
Tel: 213514410



Secretariado Direção Clínica MAC <dirclinica@chlc.min-saude.pt>

14/11/18



para mim, Direção, Esmeralda

Exma. Sra. En^ª Sílvia Cristina Almeida Duarte

Serve o presente para informar V. Exa. que o seu pedido de estudo "Caracterização do processo de implantação do método Canguru – Perspectiva dos Profissionais de Saúde" e aplicação do questionário proposto, a realizar nesta Maternidade, foi autorizado pelo Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

Fernanda Lopes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Conselho de Administração - Polo MAC

Direção Clínica

Fernanda Lopes

Telefone: [21 318 4149](tel:213184149)

Fax: 21 318 40 29

Apêndice IV – Protocolo: Método Canguru (MC)

Protocolo para o Método Canguru (MC)

1. Introdução

O Método Canguru (MC, Kangaroo mother care) foi desenvolvido nos anos 70 por um pediatra colombiano Edgar Rey, que concebeu uma alternativa à incubadora para garantir a estabilidade térmica, diminuir a infeção e reduzir o abandono.

O RN pretermo é posto em contacto direto pele a pele com a sua mãe ou outro membro da família, de forma prolongada e contínua, de modo a garantir estabilidade térmica e a promover o aleitamento materno exclusivo.

Uma revisão sistemática e uma meta-análise de vários estudos controlados aleatorizados mostraram que o MC quando iniciado na primeira semana de vida está associado a uma redução de 51% na mortalidade (Lawn e al., 2010). Na revisão da Cochrane evidenciou-se uma redução de 40% no risco de mortalidade após a alta, de 60% na infeção e de 80% na hipotermia. Este método tem demonstrado outras vantagens, como prolongar o tempo de aleitamento materno, melhorar a recuperação ponderal e promover a ligação da díade mãe-filho. No que diz respeito ao desenvolvimento o método canguru tem evidenciado benefícios a médio e longo prazo (Conde-Agudelo, 2011). Constatou-se também redução na duração do internamento e na necessidade de recursos humanos (Lima, 2000). Por tudo isto, a aplicação deste método tornou-se uma política efetiva, amiga dos bebés e dos hospitais.

O MC, iniciado em países em vias de desenvolvimento, é um exemplo raro de uma inovação médica que se disseminou do hemisfério Sul para a Europa e América do Norte (Law, 2010).

2. Definição de MC

Contacto pele com pele, do bebé com o peito de um adulto, idealmente um dos pais, prioritariamente a mãe. Este contacto, se intermitente, deverá ser por períodos prolongados e não inferior a uma hora nas 24 horas.

3. Benefícios do MC

Para o bebé:

- Melhora a regulação da temperatura corporal cutânea e central através do mecanismo de condução da temperatura do adulto;
- Diminui a variação na FC e FR, melhora a oxigenação, reduz o número de bradicardias e diminui os períodos de apneia, sendo menos frequentes e mais curtos;
- Diminui o risco infeccioso;
- Promove a regulação do ciclo sono-vigília;
- Otimiza o crescimento e desenvolvimento.

Para a Mãe/Pai:

- Promove a vinculação materna/paterna;
- Aumenta a produção láctea pelo efeito de libertação de ocitocina e acesso livre à mama;
- Melhora o bem-estar emocional e psicológico;
- Incentiva a relação entre pais/bebé.

4. População

- Todos os bebês internados na unidade de neonatologia, desde que clinicamente estáveis, com idade pós-menstrual maior que 28 semanas. A estabilidade clínica é avaliada pela FC, FR, nível de saturação periférica de O₂, temperatura e atividade do recém-nascido; As mães devem estar esclarecidas dos benefícios desta opção e emocionalmente preparadas;
- Bebês em cuidados paliativos.

4.1. Critérios de elegibilidade

- Todos os RN com idade pós menstrual >28 semanas;
- Vontade expressa dos pais, depois de devidamente esclarecidos
- Critérios de estabilidade clínica - últimas 24 horas:
 - Sem deterioração dos sinais vitais (FC, FR, sat.O₂, TAM);
 - Sem deterioração dos parâmetros ventilatórios, ou seja suplementação de oxigênio, em ventilação invasiva ou não invasiva;
 - Sem necessidade de suporte de inotrópicos.

4.2. Critérios de exclusão (para MC – Intermitente)

- Primeiras 24 h de vida;
- Primeiras 24h de ventilação invasiva;
- Primeiras duas horas após extubação;
- Fototerapia contínua;
- Existência de drenagens torácicas ou abdominais;
- Intervenções cirúrgicas *major* nas últimas 24 horas;
- Sinais de discrasia hemorrágica e/ou alterações da coagulação
- Hipotermia induzida.

Nota: Bebês com cateteres centrais ou periféricos não têm contraindicação absoluta, contudo deve-se garantir que os mesmos estão bem fixados.

5. Condições necessárias:

- Profissionais, pelo menos dois, com formação no MC, e que avaliem a elegibilidade do bebê;
- Pais preparados e informados sobre o método e seus benefícios;
- Pais com necessidades básicas atendidas e disponibilidade para ficarem pelo menos uma hora sentados;
- Roupas adequadas, preferencialmente camisa ou vestido aberto à frente. Se possível a mãe deverá estar sem soutien. Se possível utilizar o *Kangaroozak*;

- Preparar o meio ambiente com redução da intensidade da luz (< 20 lux) e do ruído (<35-45db);
- Cadeira confortável, que permita reclinção do tronco entre 60° a 45° e apoio para os pés (ex. banco);
- Espelho de mão ou outro que permita visualização da face do bebê durante o período canguru;
- Garantir a privacidade possível.
- Folha de registos relativos à aplicação do método (anexo I).

6. Procedimento :

6.1 Transferência de pé

- Inibir alarmes;
- Manta ou fralda fina colocada sob o corpo do bebê;
- Garantir que os tubos do ventilador ou do CPAP, assim como as linhas de soro, têm extensão e estejam soltos o suficiente para não constituírem um entrave à colocação do bebê sobre o tórax do adulto;
- Mãe/pai de pé, abdómen encostado à base da incubadora;
- Coloca as suas mãos sob o corpo do bebê, inclinando o tronco para a frente;
- Levanta o corpo do bebê encostando-o a si e recua, sendo conduzido em segurança, pelo outro profissional, para a cadeira, ajudando-o a sentar-se. Se se utilizar o Kangaroozak apertar o fecho deste, fixando o bebê antes de conduzir o adulto à cadeira;
- Colocar os tubos do ventilador/CPAP e linhas de soro de forma a fixarem-se em segurança no ombro da mãe/pai;
- Aconchegar a coberta ou fralda e a roupa do adulto em volta do bebê para que este fique seguro e não escorregue do tórax;
- Manter sonda de temperatura cutânea com servo controlo à pele;
- Ligar os alarmes;
- Efetuar os registos da hora de início da sessão e dos sinais vitais na periodicidade determinada no protocolo, bem como a reação geral do adulto e do bebê a todo o procedimento (aos 0', 15', 60' e no final).

6.2 Transferência sentada

Mesmos procedimentos de preparação com as diferenças:

- Mãe/Pai está sentado com o tórax exposto;
- O profissional de saúde levanta o bebê, envolvido na coberta ou fralda, mantendo os membros deste o mais junto possível ao corpo para que não se desorganize e coloca o bebê sobre o tórax do adulto;
- Garantir a fixação das linhas e tubos em segurança, assim como a envolvência do bebê, tal como descrito anteriormente;
- Efetuar os mesmos registos anteriormente descritos.

Quadro 1 – Critérios clínicos de seleção e de exclusão dos RN

Parâmetro	Indicação MC	Contraindicação para MC
Temperatura	Normotérmico	Hipertermia
Taquicardia	Ausente ou esporádica com a manipulação	FC > ao basal em repouso
Bradycardia	Ausente FC > 85 < 100 com recuperação espontânea e não > 3 vezes	FC < 85 com necessidade de estimulação
Apneia	Ausente Se apneia < 10s, < 3/hora e sem diminuição da sat	Apneia com sat O2 < 85% se O2 supl ou Sat O2 < 88% em ar. Apneia > 10s requerendo estimulação
Dessaturação (< 88% se O2 ambiente ou < 85% se O2 suplementar)	Em ar ambiente. Sat. O2 ≥ 90% c/ O2	Sat. O2 < 90%.
Tolerância aos cuidados	Sem alteração à manipulação ou alterações de acordo com os parâmetros fisiológicos	Alterações à manipulação
TA	Estável	Lábil. Hipotensão ou HTA (valores de acordo com IG) Medicação inotrópica, vasopressora.
Suplementação de O2	Ar ambiente. Supl de O2 < 40% VNI com O2 < 40% VI estável	Primeiras 24h de VI. 2h após extubação. VAFO
Sépsis	Não. Sépsis com estabilidade clínica	Sinais clínicos de sepsis Sépsis evolutiva
Vias	Não Vias periféricas, centrais, percutâneas, desde que garantida a fixação	Qualquer via instável. CAU, ou drenagem torácica

Quadro 2 - Condições dos Pais, dos Profissionais e Institucionais:

Parâmetro	Indicação para MC	Contraindicação para MC
Condições parentais	- Conhecimento adequado - Oportunidade para treinar - - Capacidade em se manter sentado pelo menos 1 h - Sem problemas intercorrentes de saúde - Condições de higiene - Predisposição para amamentação	- Se não está esclarecido - Tem receio desta opção - - Está doente - Não consegue manter-se sentado - Fumou ou tem consumos antes de iniciar o contacto
Condições da equipa de enfermagem	- Evidência científica desta opção - Estar treinada na execução correta da técnica - Ter disponibilidade para apoio à mãe durante o contacto	- Não estar esclarecida, nem treinada - Ter indisponibilidade de tempo para o apoio
Condições da equipa médica	- Evidência científica desta opção - Colaborar no esclarecimento e apoio aos pais	- Outra contraindicação clínica para lá do protocolado
Ambiente	- Condições de instalação e privacidade	- Inexistência de condições de apoio por dificuldades com doentes críticos
Institucional	- Providenciar para um procedimento aprovado	

Folha Registo MCC

Método Cuidados Canguru

VINHETA DO BEBÉ

Segundo o protocolo adoptado nas nossas unidades recomenda-se que as sessões de MCC se prolonguem por pelo menos 60 minutos ou mais desde que tolerado pelo bebé.

É importante registar-se nas notas de evolução como é que o bebé tolerou a sessão e qualquer ou quaisquer preocupações ou intervenções que tenham estado presentes ou sido necessárias durante cada sessão fora da incubadora.

Converse com a equipa de saúde, esclarecendo qualquer dúvida antes de iniciar o MCC.

Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:
	Rubrica:		Rubrica:		Rubrica:		Rubrica:
Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:	
Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:	Solicitado/Oferecido	Data:
	Rubrica:		Rubrica:		Rubrica:		Rubrica:
Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:		Mãe/Pai/Outro Duração:	

