



**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE FAMILIAR**

MANUAL DE FORMAÇÃO: MÉTODO MÃE CANGURU

PARA O FORMADOR

Moçambique, 2022

FICHA TÉCNICA

Título: Manual de Formação: Método Mãe Canguru - Para o Formador
2ª Edição (2022)

Elaboração:

Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Departamento de Saúde Familiar
Av. Eduardo Mondlane /Salvador Allende, 1008 – Maputo, Moçambique
Website – www.misau.gov.mz

Coordenação: Quinhas Fernandes (DNSP/MISAU)

Coordenação técnica: Gizela Azambuja (DSF/MISAU)

Redação e revisão linguística: Natércia Fernandes (Consultora)

Colaboradores:

Arla Alfândega (DSF/MISAU), Nelice Mate (DSF/MISAU), Irene Rungo (DSF/MISAU), Eugénia Tsovo (DSCM), Marla Amaro (Nutrição/MISAU), Lucinda Manjama (Nutrição/MISAU), Ivana Dias (HCM/AMOPE), Valéria Chicamba (HCM/PNP/AMOPE), Joyce Ventura (HCM/AMOPE), Lúcia Guambe (HPM), Nélia Mutisse (OMS), Benilde Soares (UNICEF), Patrícia Pérez Martin (EGPAF), Criménia Muthemba (PNCT/MISAU), Ana Rosa Araújo (Fundação Ariel Glaser), Svetlana Drivdal (PATH), Iracema Barros (PATH), Fernanda Alexandre (USAID).

Arranjo gráfico e Edição: (...)

Financiamento: Esta publicação foi financiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF, Moçambique. O seu conteúdo não reflecte necessariamente a visão destas organizações.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACIU	Atraso de Crescimento Intra-uterino
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMOPE	Associação Moçambicana de Pediatras
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
BxPN	Baixo Peso ao Nascer
Ca	Cálcio
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CPN	Consulta Pré-natal
CS	Centro de Saúde
DDSMAS	Director Distrital de Saúde Mulher e Acção Social
dl	decilitro
DSCM	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
DSF	Departamento de Saúde Familiar
ET	Exsanguíneo Transfusão
EV	Endovenoso
GIG	Grande para a Idade Gestacional
h	hora
gr	gramas
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV/VIH	<i>Human Immunodeficiency Virus/Vírus de Imunodeficiência Humana</i>
HPM	Hospital Provincial da Matola
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IG	Idade Gestacional
IM	Intramuscular
LM	Leite Materno
M&A	Monitoria e Avaliação

mg	miligramas
Mg	Magnésio
MISAU	Ministério da Saúde
MMC	Método Mãe Canguru
mmol/l	milimol por litro
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PATH	<i>Program for Appropriate Technology in Health</i>
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNP	Programa Nacional de Pediatria
RN/RNs	Recém-nascido/Recém-nascidos
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIS-MA	Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação
SNG	Sonda Naso-Gástrica
SOG	Sonda Oro-Gástrica
TORCHS	Toxoplasmose, Outras infecções, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Sífilis
UI	Unidade Internacional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US /USs	Unidade Sanitária /Unidades Sanitárias
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Lista de tabelas

	Pág
Tabela 1. Características físicas do RN prematuro e com BxPN	10
Tabela 2. Método Mãe Canguru <i>versus</i> Método convencional de cuidados ao RN com BxPN	17
Tabela 3. Problemas e soluções associados a realização do MMC	20
Tabela 4. Quantidade de leite necessária por dia, e por refeição, de acordo com o peso e a idade do RN	35
Tabela 5. Técnicas de comunicação com o RN	46
Tabela 6. Mecanismos de perda de calor no RN, medidas de prevenção e conduta	57
Tabela 7. Infecções localizadas mais frequentes no RN	63
Tabela 8. Passos para implementar o MMC em uma US	94
Tabela 9. Exemplo de um plano de acção para a implementação dos serviços de MMC em uma US	100
Tabela 10. Etapas para a preparação da supervisão do MMC	105
Tabela 11. Responsabilidade dos diferentes intervenientes na supervisão do MMC	107
Tabela 12. Elementos básicos que devem constar da recolha de dados de MMC	109
Tabela 13. Indicadores de prontidão, processo e resultado do MMC	110

Lista de figuras

	Pág
Figura 1. Classificação geral do RN	9
Figura 2. Classificação do RN de acordo com o peso e a idade gestacional	10
Figura 3. Exemplo das características da planta do pé do RN prematuro e do RN a termo	12
Figura 4. Características físicas do RN prematuro	12
Figura 5. Apoio da família na realização do MMC	25
Figura 6. Passos para colocar o RN na posição canguru	26
Figura 7. Mãe deitada com o RN de BxPN na posição canguru	27
Figura 8. Anatomia da mama	29
Figura 9. Técnica de extracção do leite materno	30
Figura 10. Alimentar o RN usando o copo	31
Figura 11. Alimentar o RN usando o SNG	32
Figura 12. Colocação da SNG	33
Figura 13. Sonda Naso e Orogástrica fixadas	34
Figura 14. Armazenamento e rotulagem do leite materno	36
Figura 15. Características das diferentes fases do leite materno	36
Figura 16. Posição para a amamentação do RN	37
Figura 17. Boa pega na amamentação do RN	38
Figura 18. Mastite, fissura e candidíase mamária	39
Figura 19. RN no “ninho”	44
Figura 20. Massagens realizadas ao RN	45
Figura 21. Componentes dos cuidados de desenvolvimento centrados no bebé e no agregado familiar	47
Figura 22. Variações da temperatura corporal do RN	55
Figura 23. Quatro formas através das quais o RN perde calor	56
Figura 24. Utilização do invólucro de plástico para a prevenção da hipotermia no RN prematuro	58
Figura 25. Manejo da hipoglicémia no RN prematuro	60
Figura 26. Classificação da icterícia no RN – Zonas de <i>Kramer</i>	65

Figura 27. Critérios de tratamento da icterícia em RNs \geq 35 semanas de acordo com o risco	66
Figura 28. Critérios de tratamento da icterícia em RNs $<$ 35 semanas de acordo com o peso	66
Figura 29. Transferência de um RN em contacto pele-a-pele	67
Figura 30. Ilustrações sobre tipos de linguagem corporal	81
Figura 31. Avaliação de alguns reflexos no RN	88
Figura 32. Verificação dos livros de registo	113

Prefácio

O Ministério da Saúde de Moçambique está empenhado na redução da mortalidade neonatal, infantil e pós-infantil e na melhoria da qualidade dos serviços prestados à criança. Os últimos dados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS, 2011) mostraram uma redução da mortalidade neonatal de 48 para 30 por 1000 nascidos vivos, porém esta tendência não se mostra consistente nas estimativas globais actuais. Apesar desta redução é importante lembrar que as principais causas de morte neonatal em Moçambique, à semelhança de outros países em desenvolvimento, são a asfixia neonatal (25%), as infecções (20%) e a Prematuridade/Baixo peso a nascença (29%), podendo esta última ser mitigada com a implementação do Método Mãe Canguru (MMC).

Actualmente existem evidências que comprovam que o comprometimento individual dos profissionais de saúde, a formação e o aperfeiçoamento das habilidades destes os profissionais com base em competências, tanto ao nível da formação contínua, como na formação inicial é condição essencial para que se possam atingir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), destacando-se o Objectivo 3: Saúde de Qualidade, que preconiza a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos até 2030.

O MMC é um dos principais métodos recomendados para os cuidados à criança prematura e com baixo peso (com menos de 2500 gramas) à nascença. Este método, tem sido fortemente recomendado para os cuidados aos RN de prematuros e de baixo peso ao nascer nos países em vias de desenvolvimento, depois de muitos estudos terem demonstrado os seus enormes benefícios físicos e emocionais, aliados ao baixo custo, para a saúde da mãe e do neonato.

Considerando a elevada taxa de mortalidade neonatal que o país apresenta (30 por cada mil nascidos vivos), e o desejo de alcançarem os ODS, o MISAU no exercício das suas actividades, considera pertinente a implementação massiva do MMC a nível nacional para que se possa medir o impacto das intervenções que nele constam, em cada nascimento prematuro e de baixo peso. Neste contexto, foi elaborado este Manual do Formador para permitir a transmissão de conhecimentos e informações actualizadas, com base em evidências científicas, de forma padronizada a todos profissionais de saúde que cuidam dos bebés pequenos, em todos os níveis de atenção de saúde do país.

Esperamos que este Manual do Formador seja um instrumento importante para o ensino uma vez que utiliza uma abordagem de ensino-aprendizagem de várias metodologias dinâmicas, permitindo que o formador e os formandos estabeleçam uma aprendizagem mútua e activa, cujo o impacto se reflecta na melhoria da sobrevivência dos RN prematuros e de baixo peso ao nascer.

O Ministro da Saúde

Prof. Doutor. Armindo Daniel Tiago

Índice

SOBRE O MANUAL	1
SOBRE A FORMAÇÃO	2
INTRODUÇÃO	5
CONTEÚDOS	8
UNIDADE DIDÁTICA 1. Introdução aos RNs prematuros e com BxPN	8
Sessão 1.1. Introdução	8
Sessão 1.2. Identificar os RN prematuros com BxPN	9
Sessão 1.3. Principais causas do BxPN	13
Sessão 1.4. Necessidades e principais problemas dos RN com BxPN	13
UNIDADE DIDÁTICA 2. Método Mãe Canguru para o RN com BxPN	16
Sessão 2.1. Introdução	16
Sessão 2.2. Definição do MMC	18
Sessão 2.3. Tipos de MMC	22
Sessão 2.4. Como praticar o MMC	23
Sessão 2.5. Nutrição durante a implementação do MMC	27
Sessão 2.6. Monitoria do crescimento do RN com BxPN	40
Sessão 2.7. Cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família	41
Sessão 2.8. Apoio emocional e atenção à saúde mental	47
UNIDADE DIDÁTICA 3. Sinais de perigo e complicações frequentes no RN com BxPN	53
Sessão 3.1. Introdução	53
Sessão 3.2. Identificação dos sinais de perigo no RN de BxPN	53
Sessão 3.3. Complicações mais comuns nos RN com BxPN e seu manejo/tratamento	54
Sessão 3.4. Transferência do RN com BxPN com sinais de perigo e/ou complicações	67
UNIDADE DIDÁTICA 4. Aconselhamento sobre o MMC	71
Sessão 4.1. Introdução	71
Sessão 4.2. Aconselhamento durante a admissão na enfermaria/quarto de MMC	73
Sessão 4.3. Aconselhamento durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC	76
Sessão 4.4. Aconselhamento antes da alta da enfermaria/quarto de MMC	78
Sessão 4.5. Princípios de comunicação interpessoal no aconselhamento	79
UNIDADE DIDÁTICA 5. Alta da enfermaria/quarto de MMC, acompanhamento e readmissão no MMC	84
Sessão 5.1. Introdução	84
Sessão 5.2. Critérios para receber alta da enfermaria/quarto de MMC	84
Sessão 5.3. Directrizes para o acompanhamento depois da alta da enfermaria/quarto de MMC	86
Sessão 5.4. Critérios para readmissão	89
Sessão 5.5. Critérios para interromper o MMC	89
UNIDADE DIDÁTICA 6. Criação/estabelecimento de serviços de MMC	93
Sessão 6.1. Introdução	93
Sessão 6.2. Razões para a criação e estabelecimento dos serviços de MMC	93

Sessão 6.3. Passos para conseguir apoio institucional para implementar os serviços de MMC.....	94
UNIDADE DIDÁTICA 7. Supervisão, Monitoria e Avaliação do MMC	103
Sessão 7.1. Introdução	103
Sessão 7.2. Definição de Supervisão, Monitoria e Avaliação	104
Sessão 7.3. Processo de preparação para supervisão do MMC	105
Sessão 7.4. Conteúdos da Supervisão do MMC.....	106
Sessão 7.5. Responsabilidades na supervisão do MMC.....	107
Sessão 7.6. Monitoria e Avaliação.....	108
UNIDADE DIDÁTICA 8 – Alcançar competências no MMC.....	116
Sessão 8.1. Introdução	116
Sessão 8.2. Avaliação dos conhecimentos teóricos após a formação do MMC.....	116
Sessão 8.3. Avaliação de habilidades práticas	116
Referências consultadas.....	121
ANEXOS.....	123
ANEXO 1 - Avaliação de conhecimentos pré e pós-formação.....	123
ANEXO 2 - Listas de verificação.....	130
ANEXO 3 - Agenda da formação no MMC	142
ANEXO 4 - Guia de referência para o MMC	144
ANEXO 5 - Ficha de seguimento do MMC no ambulatório.....	145
ANEXO 6 - Folha de pontuação diária na enfermaria/quarto de MMC.....	147
ANEXO 7 - Livro de registo da maternidade.....	149
ANEXO 8 - Livro de registo do enfermaria/quarto de MMC	150
ANEXO 9 - Resumo dos RN que fizeram o MMC e tiveram alta dentro dos critérios exigidos por categoria de peso	151
ANEXO 10 - Resumo mensal do MMC	152
ANEXO 11 - Cartão de avaliação diária do curso	154
ANEXO 12- Formulário de avaliação do final do curso	155
ANEXO 13 - Questionário de avaliação do final do curso.....	157
ANEXO 14 - Temas em power-point.....	158

SOBRE O MANUAL

- **Estrutura do manual**

Este manual fornece informações sobre as necessidades e cuidados de saúde para os RN com baixo peso ao nascer (BxPN) (isto é, prematuros e pequenos para a idade gestacional) desde o nascimento até o momento da alta do tratamento canguru. O manual é baseado em competências e pode ser usado para ensinar aos profissionais de saúde tanto em programas de formação contínua (em serviço) como na formação inicial. Pode igualmente ser usado em sessões de formação autónomas ou em conjugação com outros instrumentos de formação que tratem de aspectos ligados aos cuidados ao recém-nascido de baixo peso ao nascer.

É composto por cinco unidades que compreendem o núcleo deste manual, para além de outras duas unidades são: Criação/ estabelecimento de serviços de MMC e Supervisão, Monitoria e Avaliação do MMC, que se destacam pelos seus conteúdos por não estarem directamente ligados à componente técnica de MMC, mas que são extremamente úteis e irão auxiliar a quem possa precisar de orientação nessas duas áreas. Adicionalmente, inclui também uma unidade relacionada com a avaliação da formação em MMC. Para facilitar a compreensão e consulta do manual, existem neste diversos anexos considerados importantes para a formação em MMC.

- **Como usar este manual**

Cada unidade é constituída por várias sessões, e no início de cada unidade existe uma tabela que indica os objectivos, as sessões, a metodologia a ser utilizada e o tempo previsto para cada sessão. A tabela inclui também, nas sessões, os exercícios e o resumo. Para prepararem-se para apresentar cada unidade, os formadores devem rever cuidadosamente os conteúdos das várias sessões nessa unidade e, em seguida, decidir quais sessões são mais apropriadas/necessárias para o seu grupo de formandos. O formador pode decidir fazer todas as sessões em cada unidade ou apenas determinadas sessões. Nos dois casos, depois da selecção das sessões, o formador deverá fazer cópias das apresentações/*slides* para cada sessão a serem distribuídas a cada formando.

- **Listas de verificação de desempenho**

Existem também, para algumas unidades (unidade 1, 2, 4 e 6) listas de verificação nas quais o formador deve classificar as competências dos formandos em várias habilidades. Essas listas de verificação dividem cada habilidade em uma sequência de etapas discretas, pequenas e claramente observáveis. O formador pode usar as listas de verificação em vários momentos:

- Para avaliar a competência em habilidades-chave antes do treinamento;
- Para monitorar o progresso dos participantes durante o treinamento;
- Para avaliar as habilidades no final do treinamento;
- Para avaliar as habilidades durante as práticas em sala de aulas;
- Para avaliar a retenção de habilidades posteriormente (em algum momento após a conclusão de todas as unidades e ou durante a supervisão).

SOBRE A FORMAÇÃO

Antes de se implementar este programa educacional, deve-se levar em consideração as necessidades dos formandos, o processo e ambiente de aprendizagem, a preparação dos formadores, a seleção e preparação das salas de aula, a disponibilidade dos recursos de aprendizagem, a preparação de um ambiente de prática simulada em sala de aula e o tempo disponível. No entanto, o tempo previsto para cada módulo pode ser modificado ou ajustado, pelo formador, conforme ditam as circunstâncias do local de formação.

- **Ambiente de aprendizagem**

Para que a formação seja efectiva é necessário garantir o estabelecimento de um clima de aprendizagem positivo, observando os princípios de aprendizagem dos adultos. Assim, o ambiente de aprendizagem desta formação deverá:

- Incorporar uma filosofia educacional que encoraje o desenvolvimento de solução de problemas e raciocínio crítico;
- Basear-se em uma abordagem de aprendizagem de adultos;
- Envolver formadores que sejam competentes para ensinar e servir de exemplo a ser seguido pelos formandos;
- Envolver formadores que estejam adequadamente capacitados para usar métodos de ensino e ferramentas de avaliação baseadas em competências;

- Facilitar experiências de aprendizagem abrangentes e supervisionadas que irão tornar possível o desenvolvimento de capacidades essenciais no MMC;
 - Incluir métodos de avaliação que abordem conhecimentos, habilidades e atitudes.
- **Perfil dos Formadores**
- Os formadores da formação de MMC necessitam ser:
- Actualizados nos seus conhecimentos;
 - Competentes no MMC;
 - Competentes nas habilidades que irão ensinar;
 - Capazes de usar métodos de aprendizagem e de avaliação baseados em competências;
 - Capazes de servir de exemplo a ser seguido pelos formandos;
 - Interessados em serem formadores.
- **Instalações para a formação**
- **Salas/locais para aulas:** Devem existir salas/locais apropriados e disponíveis para as aulas expositivas (ex: palestras) e para as actividades de grupo com, no mínimo, uma mesa e uma cadeira para cada participante. A sala/local de aulas poderá servir também para as práticas simuladas onde os participantes possam trabalhar juntos em pequenos grupos, e praticar habilidades (estações de práticas). As estações de prática deverão ser montadas antes dos formandos chegarem e deverá ter espaço e iluminação suficientes para eles praticarem ou participarem em outras actividades planeadas nos locais das estações. A sala /local de aulas deve ter iluminação e ventilação adequadas.
 - **Locais de habilidades práticas:** Os locais para as práticas de habilidades serão a sala de aulas e as USs, sendo que estas últimas devem ter uma enfermaria/quarto específico de MMC.
 - **Outros critérios para a escolha das instalações de formação incluem:**
 - Existência de mães e RNs praticando MMC em número suficiente para os formandos poderem obter a experiência necessária;
 - Existência de material, equipamento e consumíveis para apoiar o processo de ensino-aprendizagem;
 - Serem facilmente acessíveis para os formandos e formadores.

- **Disponibilidade dos recursos de ensino-aprendizagem**

Os formandos devem ter acesso aos materiais de referência e outros recursos de ensino-aprendizagem para a formação. Idealmente, estes materiais e recursos devem ser disponibilizados conjuntamente no local da formação. Nesta formação deve estar disponível, se possível, pelo menos o seguinte equipamento didáctico/pedagógico:

- Projector (*Datashow*);
- Computador portátil (*Laptop*);
- Ecrã para a projecção de slides, ou uma parede branca/creme, ou um pano branco;
- Quadro negro ou quadro branco;
- Giz para o quadro negro ou marcadores (de várias cores) para o quadro branco;
- Bloco gigante (*Flip chart*) e o respectivo tripé.

- **Rácio Formador/Participante**

O rácio de formador/formando tem um impacto directo sobre a qualidade do ensino-aprendizagem e sobre a capacidade dos estudantes obterem os conhecimentos e habilidades necessárias. Para esta formação os rácios deverão ser:

- **Sala de aulas/actividades expositivas:** Um formador para um máximo entre 25-30 formandos;
- **Discussão em grupos:** Um formador para grupos de 8-10 formandos;
- **Prática simulada na sala de aulas:** Um formador para grupos de 6-8 formandos;
- **Prática de habilidades na unidade sanitária:** Um formador para grupos de 4-6 formandos.

INTRODUÇÃO

Todos os anos, cerca de 2,5 milhões de recém-nascidos (RNs) morrem durante os primeiros 28 dias de vida. De acordo com a OMS, aproximadamente 80% destes RN são de baixo peso ao nascer e dois terços destes nascem prematuramente. O peso ao nascer e a idade gestacional são factores determinantes para o estado de saúde da criança nos primeiros anos de vida. O RN com baixo peso ao nascer (<2500 gramas) tem um maior risco de adoecer e morrer do que os RNs com peso adequado, influência que se estende além do período neonatal.

Nos países em desenvolvimento (nos quais se inclui Moçambique) as altas taxas de BxPN, prematuridade e atraso de crescimento intra-uterino (ACIU) têm decrescido muito lentamente. Em Moçambique, embora tenha havido uma regressão na taxa da mortalidade neonatal de 48 para 30 por 1000 nascidos vivos (no período de 2003 à 2011), o manejo dos RNs prematuros e com baixo peso ao nascimento continua sendo uma grande preocupação, uma vez que o país continua numa situação de subdesenvolvimento, e com poucos recursos ou acesso a altas tecnologias, para garantir a sobrevivência destes RNs.

Em Moçambique, as suas causas e determinantes para o BxPN continuam mal definidas, e conhecidas, e intervenções efectivas são ainda muito limitadas. As tecnologias modernas não estão disponível em todos os níveis de atenção de saúde ou, quando disponíveis, não são adequadamente utilizadas. Por outro lado, seria inadequado considerar os equipamentos, e as tecnologias modernas, como elementos-chave para a redução das altas taxas de mortalidade por baixo peso e/ou prematuridade devido as grandes dificuldades da gestão destas (ex: dificuldades de controlar a hipotermia causada pelas avarias frequentes dos equipamentos, dificuldades de reduzir as infecções nosocomiais devido a difícil limpeza e esterilização dos equipamentos, entre outros). Estes aspectos, associados à separação dos RNs das suas mães, privando-os deste importante e necessário contacto, contribuem em grande parte para o agravamento imediato e debilidade do estado dos RNs de BxPN, reforçando a necessidade da implementação do MMC.

Para além dos constrangimentos acima referidos, as novas tecnologias modernas constituem também um grande contraste entre o esforço tecnológico e a tentativa de manter a presença e a participação directa das mães nos cuidados aos RNs de BxPN. As

várias dificuldades enfrentadas por estes RNs de BxPN, seja pela sua própria incapacidade, seja por barreiras impostas pelos serviços de saúde, reflectem-se negativamente em diferentes aspectos como por exemplo as dificuldades na amamentação, elevando assim o risco do RN <2500gr não ser amamentado durante o internamento.

Embora seja compreensível a dificuldade de manter a amamentação nos RNs de BxPN, dada a sua incapacidade fisiológica para deglutir adequadamente, principalmente para os RNs com ≤ 34 semanas de idade gestacional, o risco potencial destes adoecerem nos primeiros dias ou semanas após o nascimento é elevado. Existem várias evidências sobre a importância do leite materno para uma maior sobrevivência e melhor desempenho intelectual dos RNs prematuros, o que vai aumentar cada vez mais o interesse no estabelecimento de programas que venham facilitar o aleitamento materno, considerando que grande parte das mães desses RNs tiveram gestações complicadas, e demoram a restabelecer-se após o parto, devido à antecipação do nascimento. Esta antecipação do nascimento (parto prematuro) retira a oportunidade das mães receberem informações completas durante as consultas pré-natais (CPN) sobre temas importantes como o aleitamento materno. Todos estes factores irão exigir maior empenho dos profissionais de saúde após o parto para garantir a produção e oferta de leite materno de forma regular e adequada.

Objectivos do manual

Formar e capacitar profissionais de saúde em:

- Prestação do MMC por forma a garantir a sobrevivência e redução da morbilidade e mortalidade neonatal;
- Melhoramento e reforço das competências dos provedores de saúde no MMC;
- Actualização de conceitos, boas práticas e técnicas, sobre o MMC, com base em evidências científicas;
- Conceitos sobre ética profissional e humanização durante a aplicação do MMC;
- Organização e Supervisão de um serviço de MMC;
- Cálculo e interpretação dos indicadores de saúde que podem avaliar a qualidade da assistência do MMC;

- Utilização de instrumentos de registo e monitoria da prática do MMC (ex: livros de registo, guia de transferência, etc).

Pré-teste: avaliação de conhecimentos pré-formação

- Antes da leitura dos capítulos a seguir os formandos devem responder ao questionário pré-formação (pré-teste) em 30 minutos. Este questionário irá possibilitar aos formadores pontuarem (darem uma nota), e analisarem os resultados o mais rápido possível, por forma a conhecer o nível de entendimento sobre o MMC e responder às necessidades individuais de aprendizagem de cada formando.

(Ver o pré-teste no anexo 1)

CONTEÚDOS

UNIDADE DIDÁTICA 1. Introdução aos RNs prematuros e com BxPN

Objectivo geral:

- Descrever as questões relacionadas com o RN prematuro/com BxPN.

Resultados de aprendizagem:

- Definir o BxPN e prematuridade;
- Ser capaz de identificar os RNs prematuros e com BxPN;
- Conhecer e descrever as principais causas do BxPN;
- Conhecer e descrever as necessidades principais e problemas dos RNs com BxPN.

Sessão 1.1. Introdução

O BxPN está geralmente associado a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade neonatal, e os RNs com BxPN representam um fardo para a saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. O relatório da UNICEF (2018) indica que todos os anos cerca de 15 milhões de RNs nascem prematuros (antes das 37 semanas de gestação). Durante o seu crescimento, os RNs com BxPN poderão encontrar adversidades, ao longo da vida, em dependência de suas condições de nascimento, incluindo atraso no crescimento e dificuldades de aprendizagem.

O RN com BxPN pode ser prematuro (que nasce antes das 37 semanas de gestação) ou pequeno para idade gestacional (PIG), para o caso do RN que não cresceu o suficiente de acordo com a sua idade gestacional. O RN PIG é geralmente a termo e, muitas vezes, é capaz de respirar e chupar bem, enquanto o RN prematuro (dependendo da IG) pode não estar pronto para viver fora do útero e pode ter dificuldade em começar a respirar, chupar, combater as infecções e ficar aquecido. O RN também pode ser, em simultâneo, pequeno para idade gestacional e prematuro. Quanto menor ou quanto mais precoce for o seu nascimento, maiores serão suas vulnerabilidades (fisiológicas, metabólicas, psicológicas), o que também determina o período da sua hospitalização.

1.1.1. Definição do BxPN e Prematuridade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o BxPN é definido como o peso ao nascimento abaixo de 2500 gr e o nascimento prematuro é definido como o nascimento antes das 37 semanas de gestação (< 259 dias ou 36 semanas e 6 dias de gestação).

Sessão 1.2. Identificar os RN prematuros com BxPN

1.2.1. Classificação do RN

O RN pode ser classificado através do peso e a idade gestacional



Figura 1. Classificação geral do RN (Fonte: Método Canguru, Brasília – DF, 2016)

1.2.2. Classificação do RN com BxPN

De acordo com o peso o RN de BxPN pode ser classificado como:

- Baixo Peso: 1500 gr - \leq 2500 gr;
- Muito Baixo Peso: 1000 gr - < 1500 gr;
- Peso Extremamente Baixo < 1000 gr.

1.2.3. Classificação do RN Prematuro:

De acordo com a idade gestacional o RN prematuro pode ser classificado como:

- Pré-termo extremo: < 28 semanas;
- Muito pré-termo: 28 - <32 semanas;
- Pré-termo moderado: 32 – < 34 semanas;
- Pré-termo tardio: 34 – 36 semanas e 6 dias.

1.2.4. Classificação do RN de acordo com o peso ao nascer e a idade gestacional:

- Adequado para a Idade Gestacional (AIG);
- Pequeno para a Idade Gestacional (PIG);
- Grande para a Idade Gestacional (GIG).

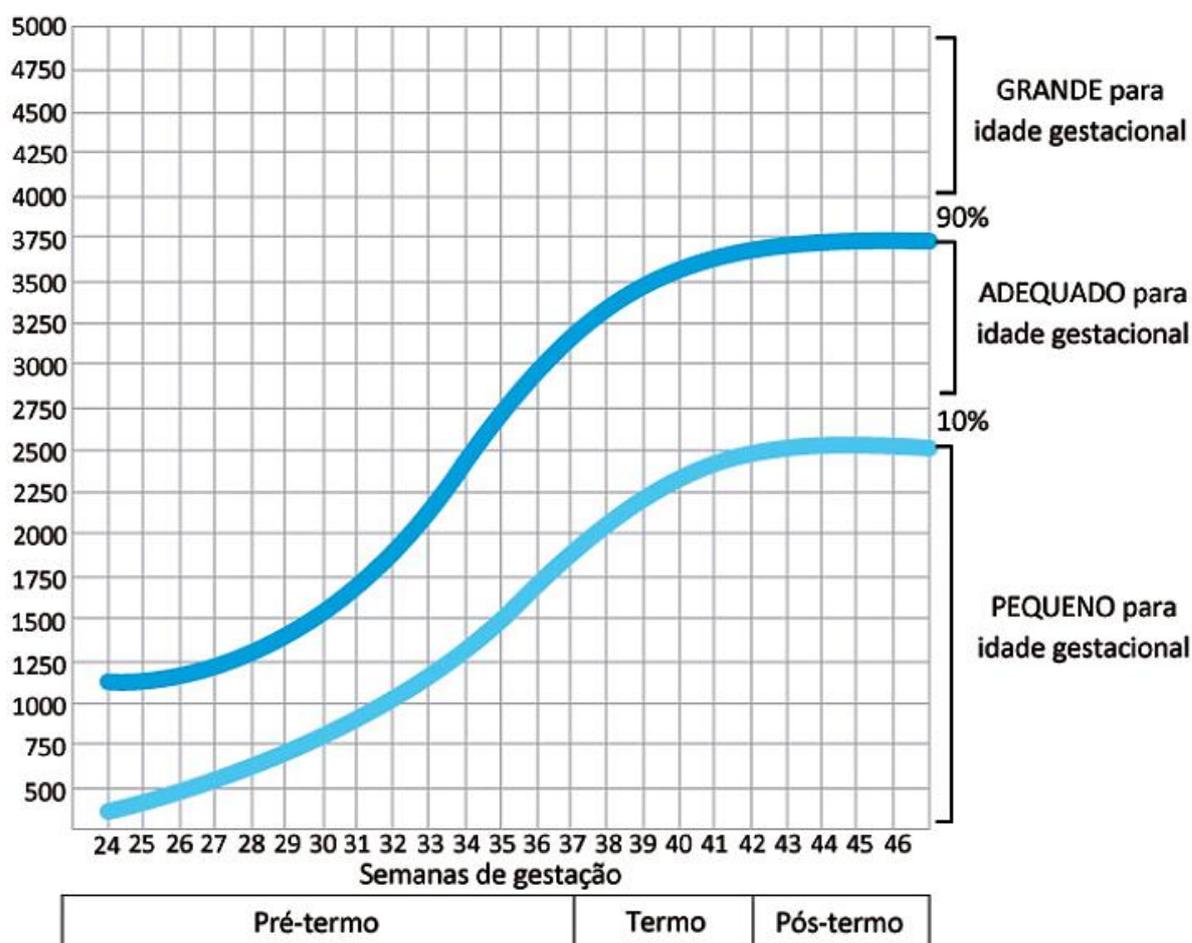


Figura 2. Classificação do RN de acordo com o peso e a idade gestacional (Fonte: *Pediatria 1: Principais temas para provas de residência Médica, 2015*)

1.2.5. Como avaliar a maturidade do RN prematuro e com BxPN

A maturidade de um RN pode ser avaliada através da observação das seguintes características físicas:

Tabela 1. Características físicas do RN prematuro e com BxPN

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO RN COM BxPN	
Peso	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 2500 gramas
Pele	<ul style="list-style-type: none"> Falta de gordura por baixo da pele Seco e pálido
Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> Grande quando comparada com o tamanho do corpo, que é pequeno

	<ul style="list-style-type: none"> • A orelha tem cartilagem e volta à sua posição normal quando é dobrada • Os olhos são geralmente grandes e bem abertos
Peito	<ul style="list-style-type: none"> • Presença do tecido do peito
Reflexo de sucção	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente vigoroso e às vezes excessivo
Pernas/ braços	<ul style="list-style-type: none"> • Magros e geralmente em ligeira flexão
Pés	<ul style="list-style-type: none"> • Rugas da pele cobrem as plantas dos pés
Actividade	<ul style="list-style-type: none"> • Activo e alerta (pode estar bastante alerta para o seu tamanho pequeno)
Genitais	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente são normais (maduros)
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO PREMATURO	
Idade Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 37 semanas
Pele	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ter sinais visíveis de veias devido a falta de gordura por baixo da pele (dependendo da idade gestacional) • Coberto por pelo fino e fraco (lanugo)
Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente grande quando comparada com o tamanho do corpo • Suturas abertas e fontanela ampla • A orelha não apresenta cartilagem antes das 25 semanas • A orelha pode ser dobrada e não regressa imediatamente à posição
Peito	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresenta tecido mamário no peito antes das 34 semanas de gravidez
Reflexo de sucção	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser fraco ou ausente
Pernas/ braços	<ul style="list-style-type: none"> • Podem ser hipotónicos e estarem em extensão
Pés	<ul style="list-style-type: none"> • Rugas no pé em 1/3 do pé
Actividade	<ul style="list-style-type: none"> • Pode estar diminuída (dependendo da idade gestacional)

Genitais	<ul style="list-style-type: none"> • Pequenos. O clítoris pode ser proeminente. • Raparigas: o lábio superior não cobre o lábio inferior • Rapazes: os testículos podem não ter descido até ao escroto, podem estar ausentes ou haver poucas rugas no escroto.
-----------------	---

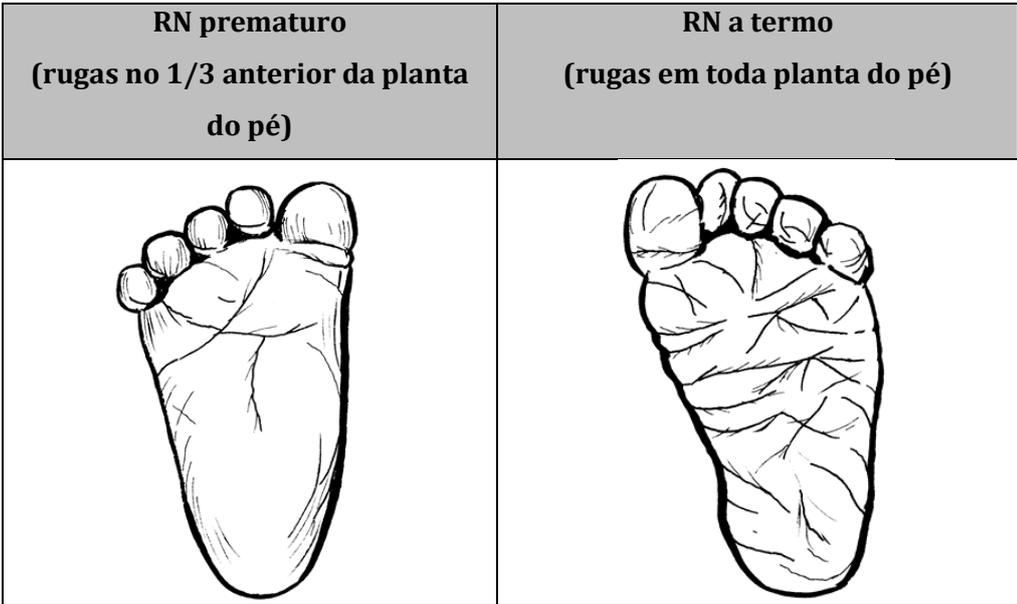


Figura 3. Exemplo das características da planta do pé do RN prematuro e do RN a termo (Fonte: Método Madre Canguro. Guia Prática. OMS, 2004)



Figura 4. Características físicas do RN prematuro

Sessão 1.3. Principais causas do BxPN

1.3.1. Factores maternos

- Parto prematuro;
- Atraso de crescimento intra-uterino;
- Infecção aguda e crónica durante gravidez (ex: malária, bacteriúria);
- Desnutrição materna, avitaminose A, deficiência de ferro, ácido fólico e zinco;
- Doenças crónicas maternas (ex: hipertensão arterial, tuberculose, SIDA, diabetes);
- Idade materna acima de 35 anos;
- Gravidez na adolescência;
- Patologias do aparelho reprodutivo (ex: miomas, descolamento da placenta);
- *Stress*, ansiedade e outros aspectos psicológicos;
- Violência baseada no género;
- Esforço excessivo;
- Traumatismos;
- Vícios (ex: tabaco, álcool, toxicodependência).

1.3.2. Factores fetais

- Gravidez múltipla;
- Anomalias congénitas;
- Infecções congénitas do grupo das TORCHs;
- Sofrimento fetal agudo.

Sessão 1.4. Necessidades e principais problemas dos RN com BxPN

Os RNs com BxPN apresentam várias necessidades básicas que requerem atenção especial, nomeadamente o aquecimento, estabelecimento e manutenção de uma respiração regular, alimentação adequada e apropriada, apoio físico e emocional e protecção contra infecções. Caso estas necessidades básicas não sejam satisfeitas podem surgir problemas que colocam em perigo a vida do RN. Os RNs prematuros tendem a ter mais problemas em relação aos RN a termo que são pequenos (< 2500 gr ao nascer). No entanto, porque a IG do RN nem sempre é conhecida, o RN prematuro muitas vezes é referido como "RN pequeno". Se a IG for conhecida, use-a para orientar o diagnóstico e as

decisões para o manejo do RN. Lembre-se que quanto mais prematuro ou pequeno for o RN, é mais provável este tenha complicações.

Os principais problemas são:

- Dificuldade de alimentação;
- Temperatura corporal anormal;
- Dificuldade respiratória;
- Icterícia da prematuridade;
- Hipoglicemia.

EXERCÍCIOS:

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Exercício 1 (exercício individual) - Classifique os RNs (em AIG, PIG e GIG) de acordo com o peso e a idade gestacional

CHAVE DE RESPOSTAS

Peso	Idade Gestacional	Classificação
2000 gramas	32 semanas	AIG
2000 gramas	39 semanas	PIG
3500 gramas	38 semanas	AIG
4100 gramas	39 semanas	GIG
2100 gramas	37 semanas	PIG
2500 gramas	41 semanas	PIG

Exercício 2 (exercício individual) – Em relação ao RN de BxPN complete a coluna da direita (B) de acordo com as características indicadas na coluna da esquerda (A)

CHAVE DE RESPOSTAS

A	B
RN entre 28 à < 32 semanas de gestação.	RN muito Pré-termo
RN com ≤1500 gramas.	RN de muito baixo peso à nascença
RN entre 32 à < 37 semanas de gestação.	RN Pré-termo moderado a tardio
RN de BxPN com reflexo de sucção vigoroso	PIG
RN de BxPN com lanugo	Prematuro

Exercício 3 (exercício em grupo) – Familiarização com a Lista de Verificação 2.1 (em anexo) sobre “Exame Físico do RN com BxPN”

- Os participantes deverão familiarizar-se com a lista de verificação sobre “Exame físico de um RN com BxPN” em relação aos aspectos a serem observados no exame físico do RN com BxPN. A respectiva lista de verificação será posteriormente utilizada na prática na US.

Objectivo geral:

- Explicar e praticar o Método Mãe Canguru (MMC).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer a história do MMC;
- Definir o MMC e os seus diferentes tipos;
- Conhecer e ser capaz de praticar o MMC;
- Conhecer e saber implementar aspectos ligados a nutrição durante o MMC;
- Fazer monitoria do crescimento num RN com BxPN;
- Conhecer e ser capaz de desenvolver os cuidados que apoiam o desenvolvimento do RN com BxPN;
- Conhecer e ser capaz de implementar o apoio físico e emocional durante o MMC.

Sessão 2.1. Introdução

2.1.1. História do MMC

O Método de Mãe Canguru (MMC) foi introduzido pela primeira vez em Bogotá, na Colômbia em 1979 por Dr. Martinez e Rey para lidar com unidades neonatais superlotadas e falta de incubadoras. Desde então, estes serviços têm vindo a ser introduzidos nos países desenvolvidos assim como nos países em vias de desenvolvimento, como uma forma complementar de prestação de cuidados para os RN com BxPN. Em África, o MMC tem estado a ser praticado em muitos países incluindo em Moçambique.

2.1.2. História do Método Mãe Canguru em Moçambique

Os cuidados aos RNs usando o MMC iniciaram em Moçambique em 1984, no Departamento de Pediatria do Hospital Central de Maputo (HCM). Foram catalisadores para implementação do MMC, a elevada mortalidade neonatal e as condições associadas a superlotação do berçário que facilitavam as infecções cruzadas hospitalares. Para além disso, o sistema de saúde enfrentava problemas de grande escassez de recursos humanos, de infra-estruturas, materiais e equipamentos para a monitorização automática dos sinais

vitais, para o manejo adequado das necessidades hídricas/calóricas e condições para uma assepsia adequada, aspectos fundamentais para a sobrevivência dos neonatos internados. Para uma implementação efectiva o MMC foi integrado nos cuidados essenciais ao RN. A sua implementação no país tem sido vista com algum sucesso, em muitas US com maternidade, graças ao envolvimento de equipas de saúde local e a realização de formações contínuas aos profissionais de saúde.

A maioria das experiências e pesquisas publicadas sobre o MMC vem de hospitais onde os cuidados foram iniciados com a ajuda de profissionais de saúde qualificados, e uma vez que uma mãe ganhava confiança com os cuidados oferecidos ao RN, ela continuava em casa sob orientação e com visitas frequentes do profissional de saúde, para acompanhamento dirigido e mais especializado. Evidências sobre a eficácia e segurança do MMC estão disponíveis apenas para os RNs prematuros e de BxPN sem nenhuma alteração (o RN estabilizado). As evidências científicas mostram que:

- O MMC é equivalente ao convencional (incubadoras), em termos de segurança, temperatura e protecção, no que respeita a mortalidade neonatal;
- O MMC, ao facilitar a amamentação, oferece vantagens visíveis na recuperação do RN doente;
- O MMC contribui para a humanização dos cuidados neonatais e para a melhoria do vínculo entre a mãe e o RN;
- O MMC é um método moderno de atendimento em qualquer ambiente, mesmo quando altas tecnologias e cuidados adequados estão disponíveis.

Tabela 2. Método Mãe Canguru *versus* Método convencional de cuidados ao RN com BxPN

MÉTODO DE MÃE CANGURU	MÉTODO CONVENCIONAL DE CUIDADOS
<ul style="list-style-type: none"> • RN prematuro ou com BxPN estável • Mãe ou outra pessoa que cuida do RN disponível 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode acomodar RN doentes • Incubadora, mais acessórios e equipamentos para cada RN
<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de saúde cada vez menos necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de saúde cada vez mais necessário

<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser feito em casa 	<ul style="list-style-type: none"> • É baseado na US • Precisa consumíveis (ex: antisépticos) • Precisa energia eléctrica para a incubadora
<ul style="list-style-type: none"> • Curta estadia na US 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença mais prolongada na US
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuí o tempo de separação mãe-filho, melhorando a estimulação do RN BxPN 	<ul style="list-style-type: none"> • Longos períodos sem estimulação sensorial do RN
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula o aleitamento materno mais frequentemente (à demanda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor frequência e duração do aleitamento materno
<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona um melhor relacionamento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento familiar mais difícil
<ul style="list-style-type: none"> • Redução do risco de infecção intrahospitalar do RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior risco de infecção intrahospitalar para o RN
<ul style="list-style-type: none"> • Necessita de poucos recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessita de fundos para cobrir os custos de cuidados especializados, para formação do pessoal e para a manutenção e reparação das incubadoras e de outros equipamentos

Sessão 2.2. Definição do MMC

O MMC está disponível a nível universal e constitui um método biológico de cuidados para todos os RNs, em particular, os que são prematuros ou têm BxPN. Este método é usado para o cuidado aos RNs prematuros e com BxPN que estejam estáveis (ou seja, aqueles que respiram normalmente e não têm problemas graves de saúde) mas que precisam de protecção térmica, alimentação adequada, observação frequente e protecção contra infecções. No MMC, o RN estável com BxPN é colocado em contacto pele-a-pele no peito da mãe, usando apenas uma fralda, gorro e meias. O RN é então mantido na posição vertical entre as mamas da mãe, dentro da blusa/vestido da mãe, e mantido coberto por um pano/capulana enrolando na mãe e ao RN. O método MMC facilita a amamentação sob demanda, o vínculo materno-infantil e mantém o RN aquecido.

Os cuidados aos RNs prematuros e de BxPN colocados em contacto pele-a-pele com a mãe promovem a saúde e o bem-estar destes, e também dos RNs de termo se necessitem. Estes cuidados são considerados como sendo atempados (o contacto directo e prolongado pele-a-pele entre a mãe e o seu RN com baixo peso) e podem ter lugar tanto no hospital como em casa, devendo geralmente continuarem até que o RN atinja pelo menos 2500 gr de peso.

O MMC constitui uma alternativa apropriada, de baixo custo para internamentos hospitalares prolongados, ao permitir combinar cuidados ao domicílio com serviços ambulatoriais específicos. A implementação deste método permite ainda aumentar as taxas de sobrevivência de RNs prematuros e com BxPN, assim como a melhoria na qualidade de vida e a prevenção do abandono das mães com os seus RNs quando submetidas a longos períodos de internamento hospitalar. Portanto, a abordagem apresentada neste manual refere-se ao MMC iniciado em uma US e continuado em casa sob a supervisão dos profissionais de saúde da US (MMC domiciliar).

Quem pode providenciar o Método de Mãe Canguru?

O MMC é um método fácil de aplicar e todos, principalmente os membros da família, podem providenciá-lo (ex: avó, irmã, tia, marido e mesmo os amigos) desde que entendam as vantagens do método e estejam motivados a praticá-lo.

2.2.1. Principais características do MMC:

- É iniciado no hospital e pode ser continuado em casa;
- É feito através do contacto pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe, ou qualquer familiar disponível, e o RN;
- Deve ser acompanhado pelo AME (idealmente) e em livre demanda;
- Assegura a estimulação do RN;
- Permite que os RNs com BxPN recebam alta precocemente;
- Requer apoio e acompanhamento adequados às mães que implementam em casa;
- Evita a agitação rotineira que há nos berçários quando estes estão superlotados.

2.2.2. Vantagens do MMC:

- É uma forma eficiente de manter a regulação térmica do RN;
- Promove e conduz a uma taxa elevada e a uma duração mais longa da amamentação;
- Permite aumentar a quantidade do leite materno espremido para o copo e ministrado pela sonda naso/orogástrica;
- Os RNs aumentam o peso rapidamente (crescem depressa), devido ao facto de quando estão no MMC poderem ser alimentados com mais facilidade e terem maior estabilidade térmica (evitar grandes perdas de calorías mantendo a temperatura do corpo o que representa uma menor taxa metabólica);
- Reduz a mortalidade dos RNs prematuros e com BxPN devido a redução dos períodos de apneia, respiração irregular e hipotermia. Isto pode ser alcançado através da acção do coração, respiração e voz da mãe que actuam como estimulantes para o centro de controle de respiração do RN no cérebro;
- Protege o RN contra as infecções, uma vez que reduz o tempo de internamento hospitalar;
- Aumenta a confiança da mãe no manejo do seu RN pequeno;
- Estabelece um vínculo afectivo entre mãe-filho, pai-filho e facilita a estimulação do RN.

Tabela 3. Problemas e soluções associados a realização do MMC

PROBLEMA	SOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• O Método de Mãe Canguru é cansativo para as mães.	<ul style="list-style-type: none">• Encorajar os familiares a apoiarem colocando o RN na posição canguru quando a mãe precisa de fazer um intervalo.
<ul style="list-style-type: none">• Existe uma grande crença de que a alta tecnologia pode conduzir a alguma resistência por parte das mães, em fazer MMC, por causa da simplicidade do MMC.	<ul style="list-style-type: none">• Providenciar informação correcta acerca de MMC às mães e aos membros da família.• Obter apoio institucional para MMC e tornar o quarto do MMC atractivo e desejável.
<ul style="list-style-type: none">• Barreiras culturais (ex: as avós podem não aceitar o MMC)	<ul style="list-style-type: none">• Educar as mães, avós e outros na comunidade em relação a importância de manter a mãe e o RN juntos.

<ul style="list-style-type: none"> • Em algumas tradições os RN são separados das suas mães e a avó toma conta do RN durante as primeiras semanas. • Geralmente os RN são carregados atrás (nas costas) e não a frente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exemplificar e apoiar o MMC na comunidade. • Ter agentes comunitários e/ou parteiras tradicionais de saúde a liderarem debates de educação comunitária acerca de MMC.
<ul style="list-style-type: none"> • Familiares, vizinhos e outros membros da comunidade podem rir-se da mãe que estiver a praticar o MMC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campanhas de sensibilização sobre o MMC dentro da comunidade. • Obter apoio para a prática de MMC por parte dos líderes e pessoas bem conhecidas e fazer com que estas pessoas promovam o MMC.
<ul style="list-style-type: none"> • Incumprimento por parte das mães e dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Convencer as mães e aos profissionais de saúde acerca dos benefícios do MMC através da informação contínua, educação e apoio. • Partilhar as experiências bem-sucedidas do MMC.

2.2.3. Vantagens do uso da incubadora ou das unidades de calor radiante nos cuidados ao RN

- As incubadoras ou as unidades de calor radiante (UCR) são indicadas para serem usadas na estabilização de RN doentes e podem também ser usadas de forma intermitente com MMC;
- Proporcionam calor aos RNs prematuros e pequenos que ainda não estão prontos para o MMC;
- Podem ser usadas para RN cujas mães não estão em condições de providenciar o MMC;
- Permitem aplicar oxigénio e/ou dar fluídos (orais ou parenterais) ao RN de uma forma mais fácil, caso seja necessário.

2.2.4. Desvantagens da incubadora ou das unidades de calor radiante nos cuidados ao RN

- Se a enfermaria/unidade neonatal tiver problemas de falta de pessoal, as avarias podem não ser detectadas imediatamente para evitar casos de hipotermia e hipertermia:
 - A temperatura do RN pode não ser verificada com regularidade;
 - A temperatura da incubadora pode não ser ajustada de acordo com a idade, peso e a temperatura do RN;
 - Pode não haver monitoria no fornecimento de energia na US;
- Os RN podem mais facilmente desenvolver infecções:
 - Devido a falta de pessoal formado no uso adequado da incubadora e nos procedimentos de higiene;
 - Devido a falta de desinfecção total da incubadora entre as sessões de uso;
 - Devido ao número insuficiente de incubadoras, vários RNs são colocados numa única incubadora levando ao surgimento de casos de infecção;
- Reparação e manutenção:
 - Falta de pessoal qualificado para manter/reparar incubadoras;
 - Falta de acessórios para a reparação/manutenção das incubadoras;
 - Elevados custos de gestão das incubadoras;
- Atraso no afecto entre a mãe e o RN:
 - A mãe e o RN estão separados;
 - Geralmente as mães ficam com medo de manter contacto com os seus RN numa incubadora;
 - Gera insegurança das mães sobre a capacidade de cuidar do seu bebé.
- A amamentação do RN é mais difícil:
 - Período de hospitalização mais longo;
 - São necessários recursos hospitalares;
 - Altos custos para a mãe e para a família.

Sessão 2.3. Tipos de MMC

2.3.1. Método Mãe Canguru contínuo

É praticado 24 h, o RN é mantido em nesta posição constantemente (excepto por períodos

de tempo bastante curtos quando a mãe tem de tomar banho ou ir à casa de banho ou trocar a fralda do RN) todos os dias e requer o apoio dos membros da família incluindo o parceiro. É o tipo ideal de MMC para o RN com BxPN.

2.3.2. Método Mãe Canguru intermitente

Não é feito durante 24 h de forma constante, mas sim durante certos períodos do dia (por cerca de 1 hora). A mãe fica em casa, ou na US, e dirige-se diariamente à enfermaria/quarto de MMC de 3 em 3 horas para fazer o MMC. O RN é deixado numa incubadora durante o resto do tempo. Este método é usado principalmente para os RNs muito pequenos ou doentes, e/ou para mães que não querem ou ainda não estão preparadas ou não são capazes de praticar MMC de forma contínua (ex: mães que estão a recuperar de uma cesariana).

2.3.3. Duração do Método Mãe Canguru

Ambos os tipos de MMC devem ser praticados o maior tempo possível até que o RN não tolere mais o método. Os RNs que não toleram o MMC ficam inquietos e geralmente tentam sair da posição ou do contacto pele-a-pele. É importante notar, no entanto, que os RNs ainda devem ser amamentados e mantidos aquecidos mesmo quando o MMC não é mais praticado.

Sessão 2.4. Como praticar o MMC

2.4.1. Quando é que se deve iniciar o MMC

O MMC deve-se iniciar quando o RN de BxPN está estável, caso contrário terá de ser adiado. O momento exacto em que o MMC deve ser iniciado depende da vontade individual da mãe, prestando atenção especial à condição e ao estágio de cada RN e da sua mãe. Contudo, é importante encorajar a mãe a adoptar o MMC muito cedo.

2.4.2. Critérios de elegibilidade para o MMC

- RN com peso inferior a 2500 gr e idade gestacional < de 37 semanas;
- Mãe com vontade para fazer o MMC;
- O RN dever ter uma condição estável;
- O RN não deve padecer de doenças graves (ex: sepsis, dificuldade respiratória);

- Os RNs que estejam a ser administrados antibióticos (orais ou parenterais) por estarem sob suspeita de terem uma infecção podem começar o MMC logo que tiverem terminado a medicação e estiverem estáveis;
- O MMC deve ser intermitente até que o RN esteja estável;
- Os RNs que estejam a fazer fototerapia devem ser avaliados para receberem o MMC intermitente.

Nota:

- O RN que nasce com um peso < 1500 gr ou que tem < de 32 semanas de gestação, é classificado como “MUITO BAIXO PESO A NASCENÇA OU PREMATURO GRAVE” e precisa de cuidados e atenção mais diferenciada que por vezes não é possível prover nos cuidados de saúde primários. Deve-se fazer o possível para transferir este RN para uma US de referência. O manejo pré-referência deve ser feito de acordo com as normas de AIDI Neonatal.
- O RN nasce com um peso entre 1500-2500 gr, ou com 32-37 semanas de gestação, é classificado como “BAIXO PESO A NASCENÇA OU PREMATURO”. Este RN também vai precisar de alguns cuidados que devem ser feitos na US onde nasceu que incluem principalmente a realização do Método Mãe Canguru (para os RN < 2000 gr), caso não existam complicações clínicas. O manejo deste RN deve ser feito de acordo com as normas de AIDI Neonatal.

2.4.3. Elementos do Método Mãe Canguru

- **Posicionamento da Mãe e do RN**

No MMC o RN é segurado na posição vertical pela mãe, com a cabeça e o pescoço do RN apoiados e as pernas flectidas (posição de rã). O RN deve estar usando apenas uma fralda, meias e um gorro, e colocado entre os seios da mãe em contacto pele-a-pele. A mãe deve cobrir o seu RN com as suas próprias roupas, com uma manta adicional e estar numa posição confortável e inclinada (semi-sentada). Caso a mãe necessite movimentar-se, o RN ainda é mantido na posição vertical envolvido por um pano que pode ser uma capulana. É importante que a fralda seja mudada logo que esteja molhada, não apenas por uma questão de conforto da mãe e do RN, mas também para reduzir a perda do calor por parte do RN. Manter o RN na posição de canguru pode ser um desafio para a mãe, assim

como a prática do MMC contínuo é uma tarefa cansativa. Sempre que for necessário, a mãe deve ser apoiada pelos membros da família, como o marido, avós, sogra e outros familiares, que podem ser ensinados como implementar o MMC colocando o RN na posição de canguru.

- **Mantendo o contacto directo “pele-a-pele”**

O elemento mais importante que uma mãe, ou pessoa que cuida do RN, deve-se lembrar é o contacto “pele-a-pele”. Este contacto directo deve ser mantido continuamente de forma prática, ou quanto possível, de dia e de noite (incluindo durante o sono). Durante o tempo em que a mãe não tem possibilidade para realizar o contacto directo pele-a-pele com o RN (ex: quando ela estiver a tomar banho), esta tarefa pode ser executada pelo pai ou por um familiar de acordo com a disponibilidade.



Figura 5. Apoio da família na realização do MMC (Fonte: Método Madre Canguru. Guía Práctica. OMS, 2004)

- **Passos-chave para a posição MMC**

- Vestir meias, fralda e gorro ao RN;
- Colocar o RN entre os seios da mãe;
- Segurar o RN sobre o peito da mãe com uma capulana;
- Colocar uma manta ou cobertor para aquecimento adicional;
- Instruir a mãe a colocar uma peça de vestuário aberta a frente (a parte superior deve estar aberta para permitir que o rosto, o peito, o abdómen, os braços e as pernas do RN se mantenham em contacto contínuo directo como peito e o abdómen da mãe);

- Instruir a mãe a manter o RN na posição vertical quando estiver a andar ou quando estiver sentada;
- Aconselhar a mãe a manter o RN em contacto contínuo directo durante 24 h por dia;
- Aconselhar a mãe a dormir numa posição semi-sentada de modo a poder manter a posição vertical do RN e numa posição confortável para ela.



Figura 6. Passos para a posição colocar o RN na posição canguru (Fonte: USAID-MCHIP. Community Kangaroo Mother Care (CKMC) Complementary Module for HEWs Facilitator's Guide, 2012)



Figura 7. Mãe deitada com o RN de BxPN na posição canguru (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

Sessão 2.5. Nutrição durante a implementação do MMC

2.5.1. Alimentação do RN com BxPN durante o MMC

O RN de baixo peso deve ser alimentado, de preferência e sempre que possível, com aleitamento materno exclusivo. A amamentação deve iniciar muito antes do neonato ter condições de mamar directamente no peito. O processo inicia-se com o acolhimento da mãe na US, propiciando condições facilitadoras para que ela permaneça junto ao RN e inicie o contacto pele-a-pele precoce (tanto o RN amamentado como o não amamentado). Deve-se apoiar e demonstrar às mães como amamentar os seus RN. Elas devem ser instruídas acerca da importância, de:

- Leite materno para o RN;
- Aleitamento materno exclusivo a todos os RN com BxPN;
- Realizar a amamentação frequentemente, sempre que o bebé quiser (em livre demanda);
- Providenciar calor;
- Reconhecer os sinais de fome no RN. O RN pode fazer movimentos de sucção com sua língua e boca ou levar a mão à boca;
- Terem uma boa nutrição;
- Terem uma boa higiene, incluindo a lavagem frequente das mãos;
- Manterem a posição sem-vertical durante a alimentação do RN.

2.5.2. Benefícios da amamentação imediata com leite do peito para os RN com BxPN

- Protege contra doenças e fortalece o sistema imunológico (anticorpos) do RN;
- Aumenta o peso do RN;
- Reduz o risco de hipoglicemia;
- Evita a desidratação;
- Reduz a incidência de diarreia e vômitos;
- A digestão é mais rápida com o leite materno.

2.5.3. Dez (10) Passos para o sucesso do aleitamento materno

Todas as US com serviços de maternidade e cuidados ao RN devem:

- Ter uma política escrita sobre o aleitamento materno, que seja regularmente comunicada a todos os trabalhadores de saúde;
- Treinar todos os trabalhadores de saúde em habilidades necessárias para implementar a política;
- Informar a todas as mulheres grávidas sobre os benefícios do aleitamento materno;
- Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno, logo após o parto (dentro de primeira hora após o parto);
- Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se elas tiverem que ficar separadas dos seus RNs;
- Não dar aos RNs nenhum alimento ou líquido que não seja o leite materno, a menos que seja indicado pelo médico;
- Praticar o “alojamento conjunto”, isto é, permitir que mães e os RN fiquem sempre juntos durante 24 horas por dia;
- Encorajar o aleitamento materno em livre demanda, ou seja, amamentar sempre que a mãe ou o RN quiserem, sem restrição na duração ou frequência das mamadas;
- Não dar chuchas e biberões aos RNs amamentados ao peito;
- Promover a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade e, referir as mães para estes grupos após a alta da maternidade.

2.5.4. Alimentação do RN com BxPN sem reflexo para a sucção

Se o reflexo de sucção for inexistente (com conseqüente diminuição do peso do RN) demonstre à mãe como deve extrair o leite materno para que este seja oferecido posteriormente ao RN, usando um copo e colherinha, apoiando com um pires.

Nota:

- Não é necessário que o profissional de saúde toque a mama da mulher quando estiver a ensinar a extração manual.
- Podem ser necessárias algumas tentativas até que uma boa quantidade de leite seja retirada. Incentive a mãe a não desistir.
- A quantidade de leite obtida aumenta com a prática. A retirada não deve doer. Se doer, peça à mãe para demonstrar e observe se a técnica está correcta.

Como fazer a extração do leite materno?

- Cobrir o cabelo com uma touca ou lenço;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Estimular o leite a fluir com massagens suaves e de forma circular no peito começando na aréola (parte escura da mama) e depois por toda a mama;
- Localizar os ductos mamários (colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio, abaixo dela);
- Comprimir suavemente os ductos (o polegar contra os outros dedos, com cuidado, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair).
- Não deslize os dedos sobre a pele, deve-se apertar e soltar várias vezes.

Nota: Um banho quente ou a aplicação de uma toalha com calor húmido nas mamas, facilitam a extração do leite.

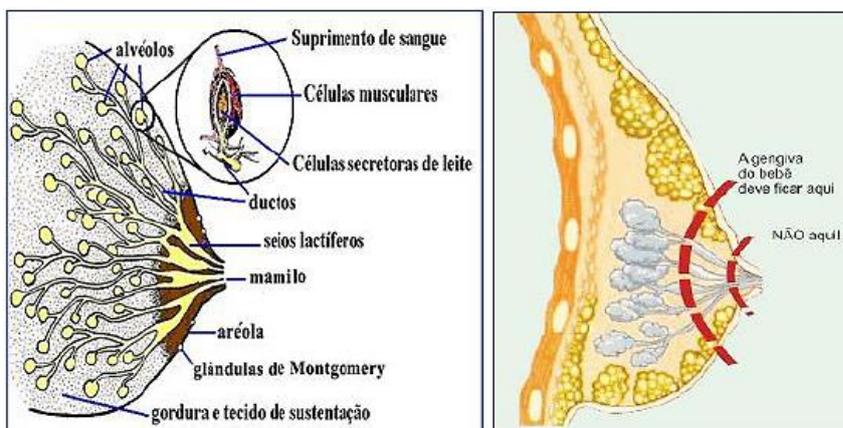


Figura 8. Anatomia da mama (Fonte: Saúde da criança: nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília – DF, 2009)

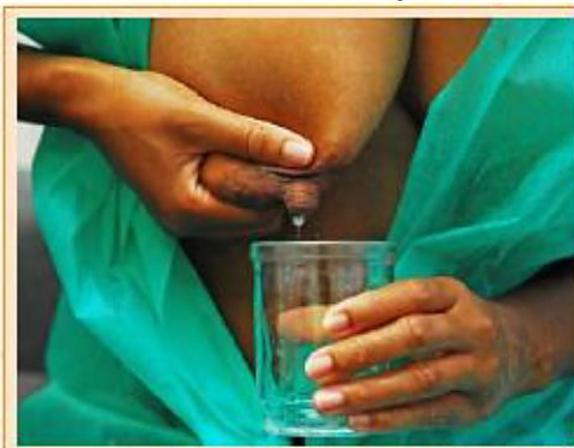
Massagear a mama



Comece fazendo massagem suave e circular nas mamas.

Massageie as mamas com as polpas dos dedos começando na aréola (parte escura da mama) e, de forma circular, abrangendo toda mama.

Espremer o leite para um copo



- ▶ Primeiro coloque os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola (parte escura da mama);
- ▶ Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo;
- ▶ Comprima suavemente um dedo contra o outro, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair;
- ▶ Despreze os primeiros jatos ou gotas e inicie a coleta no frasco.

Figura 9. Técnica de extracção do leite materno (Fonte: *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Método Canguru. Manual Técnico. Brasília – DF, 2011*)

Duração da extracção do leite

O tempo depende da razão pela qual a mãe está a retirar o leite. Isto é:

- Retirar o colostro para um RN que não consegue sugar: 5 a 10 minutos para obter 1 colher de chá de colostro;
- Aumentar a produção de leite: cerca de 20 minutos pelo menos 6 vezes em 24 horas, e mais 1 vez à noite. O tempo total de retirada, deve ser de pelo menos 100 minutos /24 h;
- Se a mãe estiver apenas a amaciar a aréola para ajudar o seu RN a pegar a mama, talvez só precise comprimir a região 3 ou 4 vezes;
- Se a mãe estiver a libertar um ducto bloqueado, precisa comprimir e massagear até o caroço ter desaparecido.

Técnicas para oferecer o leite materno extraído:

- **Copo:** para RNs com dificuldades para chupar, mas capaz de engolir;
- **Colher:** para RNs que não conseguem controlar o fluxo e tem risco de aspiração;
- **Seringa ou conta gotas:** para quantidades muito pequenas de leite (ex: colostro);
- **Sonda naso/orogástrica:** para RNs que não conseguem chupar e engolir;
- **Retirada directa para a boca do RN:** apropriado para encorajar o RN a chupar e para RNs com fenda palatina.

Alimentar o RN com BxPN usando o copo

- Segure o RN sentado verticalmente no seu colo:
 - Apoie os ombros e o pescoço do RN com a sua mão para que tenha controle sobre a cabeça do RN, ou
 - Segure o RN abraçando-o sobre o peito com o braço esquerdo à volta do RN. A mão esquerda pode segurar um pires por baixo do queixo do RN para conter o leite que verte.
- Segure um copo pequeno com leite até a metade:
 - Coloque o copo de tal forma que apenas se encoste aos lábios do RN;
 - O copo deve encostar ligeiramente ao lábio inferior do RN. A parte interna do copo deve encostar ao lábio superior do RN.



Figura 10. Alimentação do RN usando o copo (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

- O RN irá ficar alerta e irá abrir a boca e os olhos:
 - O RN com peso baixo e o prematuro irão começar a tomar o leite “puxando” com a língua;

- Um RN dentro do tempo regular irá chupar ou tomar o leite, deixando que parte deste verta;
- Não deite o leite na boca do RN, mantenha o copo encostado aos lábios do RN, deixando que este tome o leite;
- Quando o RN tiver tomado leite suficiente, este irá fechar a sua boca e recusar tomar mais (um RN que tenha tomado leite suficiente poderá tomar mais leite a próxima vez; ou poderá ser aumentada a frequência das refeições);
- Meça o consumo do RN durante 24 h e não a cada refeição;
- Os pais também podem alimentar o RN usando um copo e colher.

Nota:

- O leite não deve ser entornado/despejado na boca do RN. Apenas segure o copo perto dos lábios do RN e deixe que ele tome - um RN prematuro começa a levar o leite para boca com a língua.
- Atenção às pausas respiratórias! É importante observar atentamente o ritmo e entre a deglutição e respiração do RN, para evitar a aspiração de leite.

Alimentar usando sonda naso/orogástrica (SNG/SOG)

A alimentação com SNG/SOG significa a introdução de alimentos líquidos através da colocação de um tubo pelo nariz ou boca, que vai até ao estômago do RN. Este tipo de alimentação deve ser usada quando o RN não consegue engolir ou coordenar o acto de engolir com a respiração, o que faz com que o RN fique muito cansado e não consuma leite suficiente.

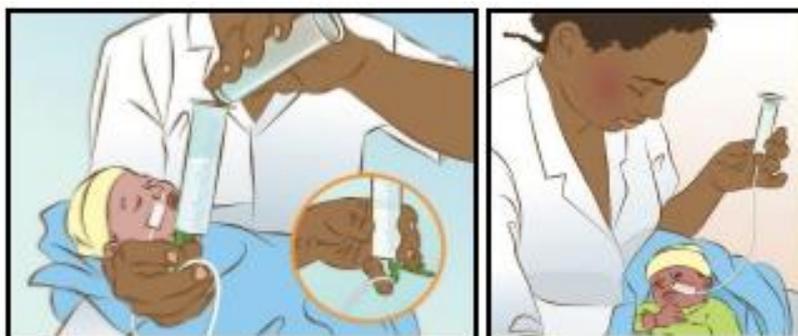


Figura 11. Alimentação do RN usando a SNG (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

Crêterios para alimenta o com SNG/SOG:

- RNs que são bastante imaturos para chupar ou para se alimentarem com copo (ex: RN com menos de 32 semanas de gesta o);
- RNs com muito baixo peso.

Passos para colocar a SNG/SOG:

- Tirar o RN da posi o de canguru, envolvê-lo com um cobertor e colocá-lo numa superfície aquecida;
- Realizar os procedimentos de assepsia;
- Introduzir a sonda de preferência pela boca, ao invés do nariz, porque como os RNs pequenos respiram pelo nariz a sonda quando localizada no orifício nasal pode obstruir a respira o;
- Antes de colocar, medir e marcar a distância entre a boca ou nariz e a orelha e o extremo inferior do esterno;
- Introduzir a sonda até a marca efectuada;
- Fixar a sonda na face com um adesivo;
- Substituir a sonda a cada 24 -72 horas;
- Manter a sonda fechada.

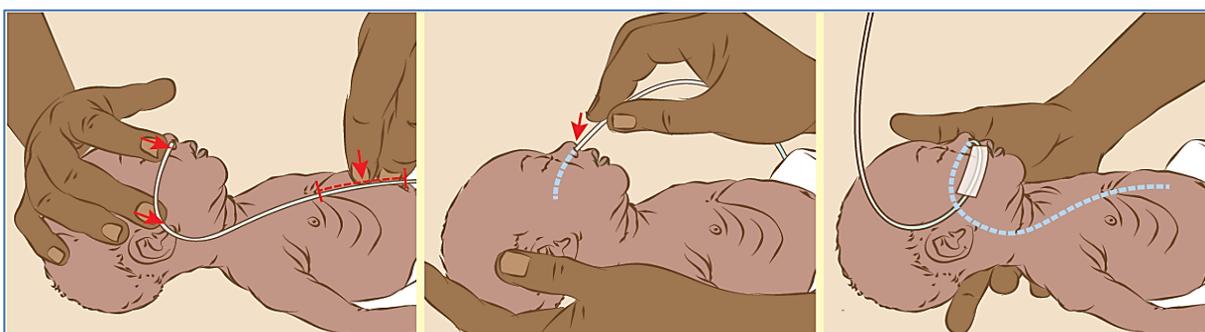


Figura 12. Coloca o da SNG (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

A SNG deve ser fixada por um adesivo na face do RN, e a SOG deve ser fixada acima do lábio superior. A fixa o da sonda (SNG ou SOG)   importante para que os movimentos (realizados pelo RN e/ou pelos profissionais de saúde) não desloquem a sonda para a faringe causando aspira o.



Figura 13. Sonda Naso e Orogástrica fixadas (Fonte: <https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1177.pdf>)

Nota: Caso não existam condições para a colocação, e manutenção, da SNG/SOG o RN deverá ser imediatamente transferido para o hospital de referência .

Quantidade e frequência da alimentação ao RN com BxPN

A frequência das refeições depende da quantidade necessária por dia e de acordo com o peso do RN. Os RNs muito pequenos devem ser alimentados a cada 2 horas e os RNs maiores (≥ 1500 gr) a cada 3 horas. A quantidade por cada refeição para um RN prematuro deve ser aumentada gradualmente em 5ml por dia ou de dois em dois dias, sendo normalmente a quantidade máxima de 200–220 ml/kg. Logo que o RN mostre sinais de prontidão para a amamentação ou alimentação com copo, alimente primeiro uma ou duas vezes por dia, enquanto o RN estiver a ser alimentado na maior parte das vezes através da SNG/SOG. Caso seja necessário, acorde a mãe e o RN durante o dia e noite para garantir um ciclo de refeições regulares. Quando o RN passa para a amamentação exclusiva, e a medição da quantidade de leite ingerida não é possível, o aumento do peso mantém-se como única forma de avaliar se a alimentação é adequada ou não. Caso o RN não esteja a crescer e se não houver distensão abdominal ou vômitos, a quantidade pode aumentar.

Tabela 4 . Quantidade de leite necessária por dia, e por refeição, de acordo com o peso e a idade do RN
(Adaptado de Manual de MMC, OMS, 2003)

Quantidade de leite necessária por dia								
Peso à nascença	Alimentar todos os dias	Dia1	Dia2	Dia3	Dia4	Dia5	Dias 6-13	Dia14
1000 - 1499gr	2 horas	60	80	90	100	110	120-180	180- 200
≥1500gr	3 horas	ml/kg	ml/kg	ml/kg	ml/kg	ml/kg	ml/kg	ml/kg
Quantidade de leite necessária por refeição								
Peso à nascença	Número de refeições	Dia1	Dia2	Dia3	Dia4	Dia5	Dias 6-13	Dia14
1000gr	12	5ml	7ml	8ml	9ml	10ml	11-16ml	17ml
1250gr	12	6ml	8ml	9ml	11ml	12ml	14-19ml	21ml
1500gr	8	12ml	15ml	17m	19ml	21ml	23-33ml	35ml
1750gr	8	14ml	18ml	20ml	22ml	24ml	26-42ml	45ml
2000gr	8	15ml	20ml	23ml	25ml	28ml	30-45ml	50ml

A alimentação usando o mamilo/mama deve ser encorajada pois facilita o desenvolvimento e a maturidade da via gastrointestinal e proporciona conforto para a fome e gratificação oral. É necessário que os RNs alimentados com leite materno extraído sejam estimulados a amamentação directa ao peito, através da estimulação do reflexo de busca.

O reflexo de busca/procura, é importante ajudar RN a abocanhar a mama e efectuar uma pega adequada para estimular/desencadear o reflexo. No RN prematuro e com BxPN, geralmente o desencadeamento do reflexo é mais lento. Por isso, é útil a estimulação com toques com o dedo indicador ou com o mamilo na parte média do lábio inferior ou no canto dos lábios.

O reflexo de busca é:

- Lento e imperfeito no RN com 30 semanas;
- Rápido e incompleto no RN com 32 semanas;
- Rápido, completo e duradouro, no RN com ≥ 34 semanas.

Armazenamento e rotulagem do leite materno

- O leite deve ser armazenado num frasco de vidro e com tampa plástica, que deve ser previamente lavado com água quente e sabão e enxaguado com água quente;

- Se a mãe estiver a fazer a extracção manual, pode colocar o leite directamente no frasco;
- Cada frasco deve ser rotulado com a seguinte informação: Nome do RN/mãe, número da cama, número do processo clínico, data (dia/mês/ano), a hora da colecta (do início da extracção) e o volume colectado;
- Use frascos diferentes e faça a rotulagem para cada colheita. Use o leite mais antigo primeiro;
- Não se deve misturar leites de extracções distintas no mesmo frasco por causa da contaminação bacteriana.



Figura 14. Armazenamento e rotulagem do leite materno (Fonte: <http://www.chpvvc.min-saude.pt>)



Figura 15. Características das diferentes fases do leite materno (Fonte: guia de incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2021)

2.5.5. Alimentação do RN com reflexo para a sucção

Para que um RN seja amamentado ao peito é necessário que:

- Consiga abocanhar o mamilo e efectuar uma pega adequada;
- Exista produção e saída adequada do leite da mama.

Antes de a mãe iniciar a mamada, é necessário que ela desperte o RN com pequenos estímulos, como tocar suavemente a face ou as plantas dos pés, colocá-lo em decúbito ventral apoiado em seu antebraço e fazer movimentos suaves de cima para baixo, tentando acordá-lo. Pode ser útil, também, fazer rápidos toques com o dedo indicador ao redor da boca da criança, estimulando o reflexo de busca/procura. No início, o RN poderá não mamar o suficiente, mas mesmo assim, os períodos curtos de amamentação estimulam a produção de leite e ajudam o RN a habituar-se a mamar. Ajude sempre a mãe a amamentar o RN. À medida que o RN vai crescendo, substitua gradualmente as refeições programadas (amamente de 3 em 3 horas e quando for necessário) com mamadas que dependem da exigência do RN.

Técnicas para amamentação bem-sucedida do RN

• Posicionamento na amamentação do RN

Mostre à mãe como segurar e posicionar o RN. Todo o corpo do RN deve estar voltado para a barriga da mãe e próximo do seu corpo. A face do RN deve estar perto do seio, a ponta do nariz defronte do mamilo e o queixo deve tocar o seio. A cabeça e o corpo do RN devem estar em linha recta e as nádegas devem ser suportadas pelo braço da mãe e não apoiadas no corpo dela.



Figura 16. Posição para a amamentação do RN (Fonte: MISAU. *Manual do Aleitamento Materno*, 2007)

- **Pega na amamentação do RN**

A mãe pode apoiar a sua mama com a outra mão para ajudar o RN a mantê-la na boca. Mostre à mãe como pegar a mama com a mão em forma de “C”, colocando quatro dedos embaixo da mama e o polegar acima da mama. Na pega adequada, a boca do RN deve estar suficientemente aberta, abocanhando o mamilo e o máximo da aréola (a aréola deve estar mais visível na parte de cima do seio do que na parte de baixo), com o lábio superior virado para cima e o inferior curvado para fora (“boca de peixe”).



Figura 17. Boa pega na amamentação do RN (Fonte: <https://www.unimed.coop.br/>)

As sucções do RN prematuro são lentas e profundas, seguindo a sequência sucção, deglutição, respiração e pausa, mas podem ocorrer sucções sem pausa para a deglutição, de modo desorganizado, sendo necessário um treino oral para que o RN prematuro aprenda a organizar as funções de sucção/deglutição e respiração. Para aumentar o fluxo de leite, oriente a mãe que massageie e comprima a mama, cada vez que o RN fizer uma pausa entre as sucções (a não ser que o fluxo já seja superior ao que o RN consiga engulir).

“Dicas” para ajudar a mãe a amamentar o RN prematuro

- Incentivar a mãe para o RN ser colocado na mama o mais cedo possível, mesmo que ainda não consiga sugar bem. Se o RN tiver maturidade para lambe, procurar, sugar e engolir na mama fará isso sem qualquer problema;
- Espremer algumas gotas de leite para a boca do RN, para estimular o início da amamentação;
- Dar tempo ao RN para descansar um pouco durante a amamentação;
- Não amamentar se o RN estiver sonolento ou agitado demais;
- Realizar a mamada o mais tranquilamente possível, evitando barulho, luzes intensas, carícias, balanço ou conversas com o RN durante as tentativas de amamentação.

Se o RN prematuro tossir, esforçar-se para vomitar ou cuspir quando começar a amamentar, pode ser que o leite esteja a descer muito depressa, porque o tónus muscular do RN é baixo e sua sucção não é coordenada.

Por isso, ensine a mãe à:

- Tirar o RN do peito caso ele tussa;
- Segurar o RN contra o seu peito enquanto este recupera a sua respiração;
- Colocar o RN de volta para a amamentação depois de permitir com que o leite tenha sido deglutido.

Nota: Se o RN com BxPN não tiver energia ou reflexos fortes, o suficiente para chupar, ensine a mãe a espremer o leite materno e a alimentar o RN com o leite espremido usando um copo e pires e NUNCA com biberão.

2.5.6. Alimentação do RN com BxPN filho de mãe HIV positiva

O leite materno é sempre o melhor alimento, especialmente para o RN com BxPN, pois este tem maior risco de desenvolver problemas de saúde. O RN de uma mãe infectada pelo HIV tem cerca de 35-40% de chance de contrair a infecção pelo HIV através da amamentação. Recomenda-se a todas as mães HIV positivas, ou com estado serológico desconhecido, a amamentarem exclusivamente os seus RN com BxPN nos primeiros 6 meses de vida. Uma mãe seropositiva com fissuras ou rachas nos mamilos, mastite (inflamação da mama), abscesso, candidíase (infecção com fungos no mamilo e mama) corre maior risco de transmitir o HIV ao seu RN e por isso deve:

- Parar de amamentar se tiver a(s) mama(s) infectada(s) e procurar tratamento na US;
- Espremer o leite da(s) mama(s) infectada (s) e descartar ou tratá-lo, aquecendo-o em banho-maria antes de dar ao RN;
- Continuar a amamentação em regime livre com a outra mama não infectada.



Figura 18. Mastite, fissura e candidíase mamária (Fonte: Saúde da criança: nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília – DF, 2009)

Sessão 2.6. Monitoria do crescimento do RN com BxPN

A monitoria do crescimento através do aumento diário do peso requer balanças certas, precisas e uma técnica padronizada de pesagem. As balanças relógio não são suficientemente precisas para a monitoria frequente do aumento do peso e, quando o peso é baixo, podem induzir a decisões erradas. As balanças de prato das maternidades dos hospitais constituem a melhor alternativa. Para efeitos de monitoria do crescimento do RN que faz MMC, pese semanalmente. Para efeitos de avaliação do aumento do peso do RN que faz MMC, registre diariamente ou semanalmente o peso numa tabela. Pese os RNs diariamente e verifique o aumento do peso para avaliar:

- Eficácia no consumo de leite;
- Taxa de crescimento;

Não existem recomendações universalmente aceites em relação a frequência da monitoria do crescimento para RNs com peso baixo e para RNs prematuros. Os RNs perdem normalmente até 10% do peso nos primeiros dias após o nascimento uma vez que o seu organismo perde a água adicional no processo de transição de saída do ambiente do líquido amniótico.

Depois desta perda inicial de peso, os RNs devem começar a ganhar peso de forma gradual e geralmente voltam ao peso que tinham à nascença entre sete a catorze dias após o nascimento. Nenhuma perda de peso é aceitável depois deste período inicial. O aumento gradual e adequado de peso é considerado como sendo um sinal de boa saúde num RN, após os primeiros dias de perda fisiológica de peso. O pouco aumento de peso ou a ausência de aumento de peso constituem indicadores da existência de problemas que devem ser diagnosticados e resolvidos.

Caso haja uma perda de peso ou se o aumento do peso não for adequado durante 3 dias (ex: inferior a 10 gr/dia), verifique:

- Se estiver a alimentar com copo, avalie o volume de alimentação durante 24 horas. Será que é suficiente? Será que o RN poderia tomar mais?
- Se estiver a amamentar, avalie se a técnica de aleitamento materno está sendo aplicada correctamente ou se tem algum problema nas mamas da mãe;
- Caso esteja a amamentar, avalie a frequência e a duração das mamadas durante as últimas 24 horas, incluindo o período da noite;

- Garanta que o RN seja alimentado ao longo de todo o dia (em particular durante a noite);
- Verifique se as refeições nocturnas estão a ser dadas.

Avaliar a perda de peso e outros sinais importantes:

- Procurar sinais de perigo ou condições específicas que podem causar um fraco aumento do peso tais como fraca sucção, falta de calor (ex: longos períodos com fraldas molhadas), infecções e malformações congénitas);
- Aconselhar a mãe a aumentar a frequência das refeições para o RN;
- Alimentar o RN sempre que precisar.

Sessão 2.7. Cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família

Para além dos problemas de saúde, o RN com BxPN na maioria das vezes tem o seu desenvolvimento neurológico comprometido, podendo desenvolver muitas vezes problemas audiovisuais, motores e cognitivos, resultando num funcionamento neurológico reduzido ou até em deficiência. Intervenções invasivas no serviço de neonatologia/unidade neonatal podem estressar o RN prematuro, prejudicando ainda mais o seu sistema neurológico fraco. Por isso, para além dos cuidados essenciais de saúde é muito importante oferecer a este RN cuidados que apoiam o seu desenvolvimento e protejam o seu estado neurológico. Esses cuidados/práticas colocam os pais no centro de cuidados ao RN, ajudando dessa forma a melhorar sua autoconfiança e reduzir o estresse de cuidar de um RN prematuro. Os provedores de saúde que trabalham no serviço de neonatologia/unidade neonatal, nas consultas de seguimento, assim como posteriormente em casa, devem ser devidamente capacitados para promover as seguintes práticas:

- Não separar o RN dos pais ("separação zero");
- Envolver os pais em todos os cuidados e em todas as decisões acerca do RN;
- Garantir o aleitamento exclusivo, eficaz e responsivo;
- Proteger a pele do RN;
- Controlar as dores e estresse;
- Proteger o sono do RN;
- Assegurar bom posicionamento do RN, quando o RN não está no MMC;

- Responder aos sinais e oferecer estímulos suaves ao RN.

2.7.1. Não separar o RN dos pais (“separação zero”)

Os RNs com BxPN são particularmente vulneráveis, e os seus cérebros e corpos imaturos beneficiam da proximidade e dos cuidados carinhosos da mãe, do pai e/ou de outros cuidadores. A orientação actual da OMS é a “separação zero” entre o RN e os pais. Isso quer dizer que os pais podem, e devem, estar juntos com o RN durante 24 horas, incluindo durante a noite e durante todos os procedimentos feitos ao RN. Na maioria dos procedimentos, os RNs podem continuar na posição de pele-a-pele, ou os pais podem ficar ao lado do RN na incubadora ou na cama, e tocar no RN ou conversar com ele com voz suave, enquanto o RN recebe o tratamento necessário. Essa “separação zero” é importante tanto para os pais como para os bebés, pois:

- Aumenta a chance de sobrevivência do RN;
- Reduz o estresse e acelera a recuperação do RN;
- Reduz o estresse e aumenta auto-confiança nos pais, assim como suas capacidades de cuidar do RN.

2.7.2. Envolver os pais em todos os cuidados e em todas as decisões acerca do RN

Muitas mães e pais (famílias no geral) têm receio em tocar no RN prematuro /com BxPN. Para garantir que os pais desenvolvam capacidades e auto-confiança, e continuem com o MMC e com outros cuidados em casa, é importante que os provedores de saúde passem a apoiar os pais a fazerem todos os cuidados ao RN por eles próprios. Isso deve ser feito com muito encorajamento, envolvendo os pais como parceiros, e nunca em forma de “mandar fazer”.

Ao mesmo tempo, os pais devem ser auscultados no momento de tomada de decisões sobre os cuidados do RN, por exemplo, sobre acompanhar o RN para os procedimentos, amamentar, etc. Deste modo, os provedores de saúde não irão precisar de ensinar tudo aos pais no momento da alta, pois os pais já terão desenvolvido capacidades ao longo da sua estadia na enfermaria. O momento da alta, será somente o momento para verificar o que é que os cuidadores aprenderam, e ouvir como pretendem fazer em casa, para cuidar do seu RN.

2.7.3. Garantir o aleitamento materno exclusivo, eficaz e responsivo

O aleitamento materno eficaz do RN prematuro ou com BxPN não só aumenta as chances de sobrevivência, mas também protege e estimula o desenvolvimento do RN. Os provedores de saúde devem aprender o seguinte:

- As técnicas de espremer o leite materno e de alimentação com copo ou sonda;
- A encorajar o binómio mãe/RN a estarem juntos por maior tempo possível, para estimular a produção do leite e o aleitamento materno contínuo;
- A ensinar a mãe/família as técnicas de expressão de leite materno e de alimentação com o copo;
- A ensinar a mãe a reconhecer os sinais de fome e de saciedade do RN.

2.7.4. Proteger a pele do RN

A pele de um RN prematuro é muito sensível e precisa de protecção como por exemplo contra a hipotermia. Por isso os provedores de saúde devem assegurar que:

- O número de procedimentos invasivos seja reduzido até o mínimo;
- O RN fique em contacto pele-a-pele sem interrupção (se possível) 24 horas por dia.

2.7.5. Controlar as dores e o estresse

Está comprovado que as dores, a manipulação e mobilização excessivas e o estresse no período neonatal afectam negativamente o desenvolvimento cognitivo do RN nos meses e anos a seguir. Para reduzir essas situações, durante a estadia no serviço de neonatologia/unidade neonatal, os provedores devem:

- Realizar todos os cuidados invasivos, se possível, num único momento;
- Evitar demasiadas luzes e sons, evitando o uso de lâmpadas fortes, usando cortinas e mantendo o lugar sempre calmo;
- Reconhecer os sinais de estresse num RN e interromper os procedimentos que estão a ser administrados naquele momento;
- Diminuir a mobilidade do RN através dos “ninhos”.

2.7.6. Proteger o sono do RN

O tempo de dormir é essencial para o RN prematuro recuperar e ganhar forças. Os provedores de saúde devem ajudar às mães a aumentar o tempo de sono do RN, se

possível sem interrupção, reduzindo e agrupando os procedimentos que devem ser feitos e controlando os estímulos que possam interromper o seu sono, tais como demasiada luz ou barulho.

2.7.7. Assegurar bom posicionamento do RN, quando o RN não está no MMC

Certas posições ajudam a reduzir o estresse no RN, melhoram o sono e promovem autorregulação. As posições que aproximam a posição na qual o RN estava no útero – com braços e pernas flectidas – são as mais recomendadas. A mãe e os provedores de saúde podem usar as mantinhas enroladas (“ninhos”) para dar mais estabilidade à posição do RN. Quando for necessário transferir o RN é recomendado que se faça a posição de mãe canguru, mantendo a temperatura e evitando fazer movimentos bruscos com o RN.



Figura 19. RN no “ninho” (Fonte: Andreatza MG. et al. Expressão de dor após atendimento de fisioterapia em recém-nascidos prematuros: estudo observacional. Rev. Pesqui. Fisioter. 2019;9(2):243-249).

2.7.8. Responder aos sinais e oferecer estímulos suaves ao RN

A capacidade de perceber e responder aos sinais do seu filho de forma adequada, é uma tarefa fundamental dos cuidadores. Os pais que percebem os sinais de fome, cansaço, incômodo, ou mesmo de vontade de brincar, no seu RN, vai responder a estes de forma adequada assegurando assim uma melhor saúde e desenvolvimento da sua criança. Os provedores de saúde podem ajudar os pais (e a outros membros da família) a observar o seu RN, a tentar perceber que sinais que este está a mostrar, e a responder sem demora. Os provedores de saúde devem elogiar os pais sempre que notarem que estes reconheceram e responderam aos sinais do RN. Ver o RN a acalmar após a resposta, vai ajudar os pais a ganharem mais confiança nas suas capacidades como cuidadores. O RN

que tem suas necessidades respondidas, aprenderá a confiar nos seus cuidadores e tem maior chance de sobreviver e prosperar.

Evidências mostram que as interações verbais entre os pais e os RNs prematuros oferecem estímulos positivos para o desenvolvimento, assim como reduzem os níveis de estresse nestes RNs. Os provedores de saúde devem demonstrar, e encorajar, aos pais o seguinte:

- Olhar para o RN e conversar com ele sempre que esteja acordado;
- Imitar os sons e as expressões do RN (piscar olhos, abrir e fechar a boca, fazer caretas, etc);
- Cantar em voz baixa para o RN.

Estas práticas são sinais de comunicação para o RN, de que os pais estão a perceber e a responder-lhe, o que por sua vez vai estimular o seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, as massagens suaves e lentas nas costas, pernas, braços, mãos e barriga oferecem estímulos importantes sem sobrecarregar o sistema neurológico do RN de BxPN. As massagens suaves também reduzem igualmente o estresse nos pais. Os provedores de saúde devem ensinar os pais e a família a fazerem diariamente esses toques e massagens suaves ao RN .



Figura 20. Massagens realizadas ao RN (Fonte: Misau. Texto de apoio Cuidados que apoiam o desenvolvimento do RN com BxPN)

Tabela 5. Técnicas de comunicação com o RN

<p>Pergunte à mãe e peça para mostrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já começou a brincar e a conversar com o seu RN? Como é que faz? E como o RN responde? 			
<p>Elogie a mãe se ela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consegue atrair atenção do RN. Brinca ou fala com o RN de forma suave. Consegue explicar como o RN responde. 			
<p>Se necessário ajude a mãe a praticar uma das actividades ilustradas abaixo. Preste atenção aos sinais da criança, seja suave, e pare se o RN mostrar que já não quer interagir.</p>			
			
<p><i>Olhar para o RN, e falar com ele, ao dar leite materno de mama ou de copo.</i></p>	<p><i>Imitar os sons e as expressões do RN.</i></p>	<p><i>Acariciar e fazer toques suaves ao RN</i></p>	<p><i>Fazer massagem ao RN, mesmo na posição mãe canguru</i></p>
<p>Explique à mãe que o seu RN vê e ouve desde que nasce, e precisa de conversas e de pequenos estímulos para recuperar mais rápido e para não ter problemas no seu desenvolvimento.</p>			

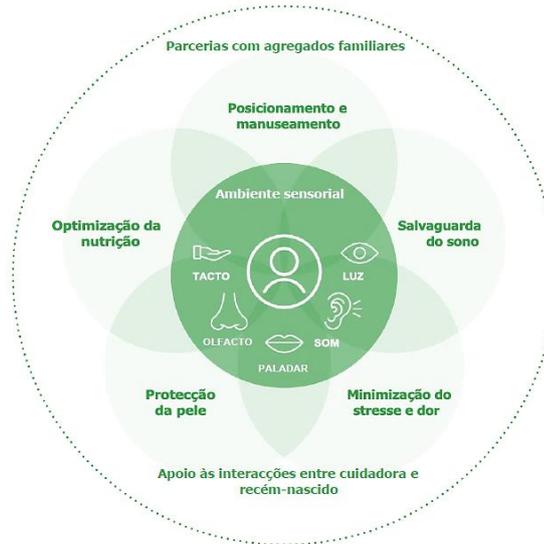


Figura 21. Componentes dos cuidados de desenvolvimento centrados no bebê e na família (Adaptado de: [www https://nurturing-care.org/](https://nurturing-care.org/))

Sessão 2.8. Apoio emocional e atenção à saúde mental

As mães dos RN com BxPN, podem sentir-se cansadas, sobrecarregadas ou ansiosas sobre o seu RN. As mães adolescentes, ou as que não tem um parceiro ou apoio da família, podem até ficar facilmente deprimidas. O estado mental da mãe, pode influenciar nos cuidados que ela vai dar ao seu RN.

2.8.1. Apoio dos provedores de saúde na US

Os provedores de saúde precisam ter habilidades para comunicar e apoiar as mães, verificando o seu estado mental e aconselhando-as. Devem:

- Conversar com cada mãe individualmente, para conhecer as circunstâncias dela;
- Verificar diariamente como a mãe está a sentir-se e encorajá-la;
- Encorajar à mãe a falar acerca de quaisquer problemas que possa ter;
- Elogiar a mãe pelas boas práticas observadas, mesmo se seja algo muito simples;
- Promover a partilha de experiências e o apoio mútuo entre as mães, especialmente entre as mães que vêm do mesmo bairro.

Caso a mãe continue com sintomas de depressão ou outro transtorno, mesmo após essas intervenções, os provedores de saúde devem convidar o psicólogo clínico para observar a mãe a intervir conforme necessário.

2.8.2. Apoio na comunidade

Quando a mãe recebe alta, ela ainda pode precisar de apoio na comunidade, não só para saúde do RN mas também para sua própria saúde física e mental. Os actores comunitários (ex: APES) devem estar envolvidos no apoio à mãe na comunidade. Estes podem:

- Fazer o rastreio e aconselhamento simplificado sobre a saúde mental da mãe e referência para os serviços especializados;
- Sempre que possível, promover grupos de apoio, entre as mães;
- Realizar sensibilização das comunidades acerca de MMC, para minimizar o estigma.

2.8.3. Apoio dos membros da família

Os membros da família tais como o parceiro e os avós devem ser incluídos no aconselhamento, tanto no quarto/enfermaria de MMC como em casa, para que sejam capazes de também apoiarem a mãe. O apoio pode ser:

- Colocar o RN na posição canguru para permitir que a mãe descanse;
- Verificar como a mãe está a sentir-se e dar-lhe força e coragem;
- Promover o contacto e a troca de experiências entre as mães dos RNs com BxpN no bairro.

2.8.4. Apoio à saúde mental da mãe após a alta

Em cada consulta de seguimento o provedor de saúde deve:

- Perguntar como a mãe está a sentir-se, e escutar-lhe com atenção e empatia;
- Fazer a ligação com o técnico de saúde mental em caso de presença de sinais de depressão, faça a ligação;
- Discutir as experiências da mãe em relação ao MMC em casa, e ajudar a resolver problemas dentro do possível;
- Perceber quem dá apoio à mãe em casa (na comunidade) e em caso de verificar que o apoio é fraco procurar soluções junto com a mãe.

EXERCÍCIOS:

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Exercício 1 (exercício aos pares) – Exercício com a Lista de Verificação 2.2 (em anexo) sobre “Posição Canguru”.

- Os formandos deverão organizar-se em pares e usar o modelo anatómico de RN para esta actividade. Enquanto um dos formandos realiza a actividade o outro vai fazendo a avaliação usando a lista de verificação. No final da actividade os formandos devem trocar de posição e repetir.

Exercício 2 (exercício em grupo) - Prática da posição para amamentar

- Divida os formandos em pequenos grupos (ex: quatro formandos para 1 formador) e peça que eles se revezem em pares para demonstrarem como ajudar uma mãe a posicionar o seu RN para amamentar. Distribua para cada grupo uma boneca / manequim de RN e uma mama de tecido. Os outros formandos do grupo devem observar atentamente e depois poder dar sugestões. O formador deve-se certificar que todos formandos desempenhem o papel de profissional de saúde que ajuda a mãe.

Exercício 3 (exercício em pares ou pequenos grupos) - Prática da expressão manual do leite materno

- Divida o grupo em pares e distribua um modelo de mama de tecido para cada par. Os participantes devem-se revezar para ajudar um ao outro a aprender a realizar a expressão manual. Os participantes podem estar em grupos de três, sendo que uma pessoa representa o profissional de saúde, uma representa a mãe e a terceira observa.

Exercício 4 (exercício em pares) - Prática de cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família

- Divida o grupo em pares e distribua a lista com 8 práticas de cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família. Cada par deve ter um RN (modelo anatómico). Um formando deve fazer o papel de provedor de saúde e outro deve fazer o papel de mãe/pai ou outro cuidador. Os dois devem conversar sobre os pontos da coluna A “Prática” e ambos devem explicar de que forma esses serão assegurados (Coluna “B”):

CHAVE DE RESPOSTAS

A-PRÁTICA	B- EXEMPLOS DE COMO ASSEGURAR A PRÁTICA
Separação zero	Fazer todos os cuidados da mãe e/ou do RN (ex: tratamentos, injeções etc.) com o RN na posição de MMC ou com RN ao lado da mãe.
Envolver em todos cuidados e decisões	Deixar a mãe a decidir sobre alguns cuidados e tempos de lazer, etc (ex: deixar a mãe a limpar o RN com pano húmido, trocar fralda, dar leite com copo e colher, vestir, posicionar etc.
Garantir o aleitamento	Ajudar a mãe a aprender e usar a forma de amamentar o RN que é mais viável para a condição do RN (com peito, copo, colher ou sonda). Assegurar amamentação frequente, a cada 2-3 horas.
Proteger o sono	Deixar o RN dormir por longos períodos (2-3 horas), sem interromper para limpeza, tratamentos etc.
Controlar as dores e o estresse	Agrupar todos os procedimentos num único momento. Controlar luz e barulho na enfermaria e parar o procedimento se o RN ficar agitado.
Proteger a pele	Proteger o bebé de hipotermia, mantendo sempre que possível, na posição MMC. Reduzir ao máximo os tratamentos invasivos, substituindo sempre que possível com tratamentos menos stressantes para o RN.
Posicionar bem o bebé	Quando o RN não estiver na posição de MMC, colocá-lo numa posição de conforto que aproxima a posição que ele tinha no útero.

Responder aos sinais e estimular o RN	Ensinar a mãe a observar o RN (ex: fome, sono, vontade de interagir, dores) e respondê-los. Mostrar a mãe como conversar, cantar, fazer toques e massagens suaves ao RN.
---------------------------------------	--

Estudo de Caso 1 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Miriam deu à luz um menino há uma semana, com um peso de 1800 gramas. O RN perdeu 150 gramas e está amamentando cerca de 6 vezes / dia. Ele não está recebendo nenhuma alimentação suplementar.

a) Quais são os possíveis problemas?

Resposta: A frequência das mamadas é baixa, o RN pode não estar a receber leite suficiente, o RN pode não ter uma boa posição e pega na amamentação, o RN pode estar doente. A perda de peso pode ser considerada normal se o RN estiver bem.

b) Como você procederia?

Resposta: Pergunte a mãe se o RN tem algum sinal de perigo, informe que o RN deve mamar quantas vezes desejar (pelo menos 8 vezes ao dia incluindo durante a noite), observe a posição e a pega durante a amamentação, explique a Miriam a importância da amamentação. Informe que a Miriam deve alimentar-se bem e beber líquidos. Recomende a Miriam para ir às consultas de seguimento.

Estudo de Caso 2 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

A Sra. Dale é uma jovem mãe de um RN prematuro chamado Sara que foi admitida e internada na enfermaria de MMC por 10 dias, porque era muito pequena, pesava 1200 gr. A Sra. Dale era órfã e foi criada pela avó. A avó dela não ajudava durante a sua estadia na unidade MMC. No momento da alta, foi dito à Sra. Dale que continuasse com o MMC em casa e que deveria visitar regularmente a US para o acompanhamento do MMC na US. A Sra. Dale mora com sua cunhada de 30 anos e com a sua avó que é idosa e incapaz de ajudá-la. O Sr. Dale apoia o MMC, mas trabalha fora da cidade e só chega em casa nos fins de semana. Quando a Sra. Dale veio para o seu primeiro acompanhamento de MMC na US, ela parecia cansada e RN Sara parecia ter perdido peso. Durante a história, A Sra. Dale revelou que estava cansada do MMC e não queria continuar fazendo isso em casa. Ela

menciona que a avó e a vizinha sugerem que ela carregue o RN nas costas, como é a tradição.

a) Com base nas informações fornecidas, quais poderiam ser os problemas que afectam a Sra. Dale e Sara e porquê?

Resposta: A Sra. Dale está cansada porque não tem apoio (a avó não apoia, o marido tem pouca disponibilidade), não tem vontade de continuar o MMC, sofre influência de factores culturais pelo facto de não carregar o RN nas costas

b) Com base nos problemas identificados, qual será seu plano de acção para a Sara?

Resposta: Examinar o RN e identificar possíveis sinais de perigo. Se a amamentação não estiver estabelecida, verificar o horário e quantidade de leite materno a ser administrado. Se a amamentação estiver estabelecida, observar a posição e a pega e aconselhar sobre a livre demanda da amamentação. Falar com a Sra. Dale acerca da possibilidade da sua cunhada, de um outro familiar, poder apoiar o MMC (ofereça-se para dar treino, se necessário). Informe sobre o MMC e peça a Sra. Dale para participar em grupos de debates na US. Indique uma visita de seguimento para o RN.

Duas semanas depois, a Sra. Dale trouxe a Sara para a visita regular de acompanhamento do MMC. O profissional de saúde da enfermaria/quarto de MMC examinou Sara e verificou que esta tinha ganho peso e a mãe também estava mais feliz. Ela tinha-se tornado amiga de uma mãe, em sua comunidade, que tinha feito MMC para seu o seu RN no ano passado.

c) Se houver um problema na comunidade onde vive a Sra. Dale, que medidas de intervenção você instituiria para resolver o problema?

Resposta: Se for possível faça uma actividade de promoção (IEC) do MMC na comunidade e obtenha apoio dos líderes e de outros actores comunitários. Ajude a criação de consciência sobre os riscos dos nascimentos prematuros e de BxPN na comunidade, promova o parto institucional e faça educação sanitária na consulta pré-natal e na maternidade.

UNIDADE DIDÁTICA 3. Sinais de perigo e complicações frequentes no RN com BxPN

Objectivo geral:

- Reconhecer e saber realizar o manejo dos sinais de perigo e complicações no RN com BxPN.

Resultados de aprendizagem:

- Reconhecer os sinais de perigo no RN com BxPN;
- Identificar as complicações mais comuns em RN de BxPN;
- Explicar e saber fazer o manejo das complicações mais comuns nos RN de BxPN;
- Conhecer e saber explicar o protocolo de transferência para RN com BxPN com sinais de perigo e complicações;

Sessão 3.1. Introdução

Os sinais de perigo representam um grave problema para os RNs de BxPN e devem ser reconhecidos pelos pais e família para a procura atempada dos cuidados de saúde e diminuição das mortes neonatais. Os provedores de saúde precisam ser capazes de reconhecer os sinais de perigo no RN de BxPN para poderem tratar e/ou transferir o RN de forma adequada. É importante minimizar os atrasos que geralmente custam a vida dos RNs. Existem quatro tipos de atrasos globalmente conhecidos como sendo factores que contribuem para a mortalidade neonatal:

- Atraso em reconhecer os sinais de perigo;
- Atraso em decidir procurar cuidados de saúde;
- Atraso em chegar à US (ex: devido a falta de transporte);
- Atraso em receber os cuidados adequados depois de chegar à US.

Sessão 3.2. Identificação dos sinais de perigo no RN de BxPN

Constituem principais sinais de perigo para os RNs de BxPN os seguintes:

- Hipotermia ou Hipertermia;
- Secrecção e /ou hiperemia ocular;

- Secreção umbilical e/ou hiperemia ao redor do umbigo;
- Coloração amarelada da pele e mucosas;
- Palidez da pele e mucosas;
- Pústulas na pele;
- Fraca sucção*
- Diminuição da reactividade;
- Convulsões;
- Dispneia, tiragem, gemido, cianose;
- Distensão abdominal, obstipação ou diarreia, vômitos, sangue nas fezes.

**Para RN prematuro com menos de 34 semanas de IG, a ausência ou diminuição da sucção é normal devido a imaturidade neurológica. Para os que tem a IG maior a sucção fraca é um sinal de perigo.*

Atenção: Um RN que está no quarto MMC a perder peso ou que está a aumentar menos de 10 gr, por dia em 3 dias consecutivos, deve ser reavaliado para detectar possíveis complicações e ser tratado. Caso não se registre melhoria, o RN deve ser transferido para o internamento no serviço de neonatologia/berçário ou hospital de referência para melhor conduta e seguimento.

Sessão 3.3. Complicações mais comuns nos RN com BxPN e seu manejo/tratamento

Algumas das principais complicações dos RN de BxPN são as seguintes:

- Hipotermia;
- Hipoglicémia;
- Apneia;
- Infecções localizadas (ex: conjuntivite, candidíase oral, onfalite, piodermite);
- Outras: sepsis, anemia e icterícia.

3.3.1. Hipotermia

A sobrevivência e as morbidades dos RNs estão intimamente ligadas à manutenção da temperatura corporal, principalmente nos RNs com BxPN. Esta instabilidade térmica corporal pode resultar em superaquecimento ou esfriamento (hipotermia), sendo que este desequilíbrio pode resultar em danos para sua saúde.

A hipotermia ocorre quando o RN apresenta uma temperatura abaixo de 36,5 °C e classifica-se como:

- Hipotermia leve: temperatura axilar entre 36,4 e 36,0°C
- Hipotermia moderada: temperatura axilar entre 35,9 e 32,0°C
- Hipotermia grave: temperatura axilar menor que 32,0° C.

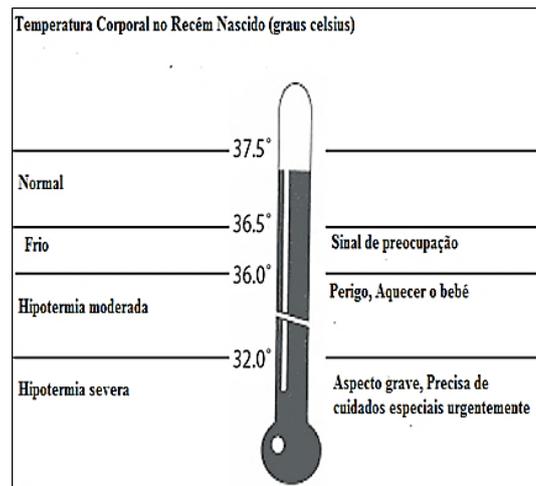


Figura 22. Variações da temperatura corporal do RN (Fonte: Método Madre Canguro. Guía Práctica. OMS, 2004)

Os RNs de BxPN e prematuros não são capazes de manter o calor devido ao facto de apresentarem:

- Maior área de superfície corporal;
- Epiderme não queratinizada;
- Maior água extracelular (mais evaporação);
- Menor capacidade de vasoconstrição cutânea;
- Menor quantidade de gordura castanha;
- Menor resposta termogênica por imaturidade neurológica;
- Consumo de O₂ limitado por problemas pulmonares;
- Menor mobilização de noradrenalina e ácidos gordos livres.

A hipotermia pode levar a várias complicações, e consequente morte do RN, e estas incluem as seguintes:

- Sucção fraca;
- Hipotonia;

- Taquipneia ou apneia;
- Taquicardia ou bradicardia;
- Convulsões, Tremores;
- Quedas na saturação de O₂;
- Hipoglicemia;
- Acidose;
- Edema;
- Escleredema.
- Sepsis;
- Palidez, Cianose;
- Respiração irregular e superficial;
- Reflexos diminuídos;
- Oligúria;
- Hemorragia.

O calor perde-se principalmente por 4 mecanismos: convecção, evaporação, radiação e condução. A tabela abaixo explica as quatro formas pelas quais o RN perde calor e os procedimentos para corrigir a perda de calor.

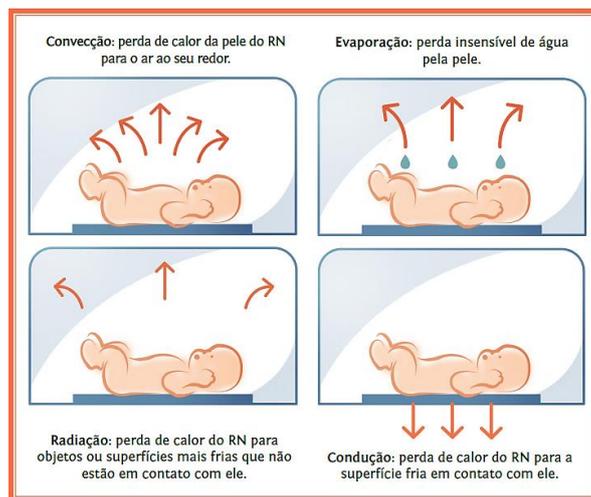


Figura 23. Quatro formas através das quais o RN perde calor (Fonte: <http://neonatal.estacaodigitalsaude.org.br>)

Tabela 6. Mecanismos de perda de calor no RN, medidas de prevenção e conduta

Mecanismo de perda	Prevenção/Conduta
Evaporação (ex: quando o RN está húmido)	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sob calor radiante. • Secar o RN com pano aquecido e descartar os panos húmidos, e vesti-lo. • Mudar a fralda sempre que necessário.
Condução (ex: quando o RN é colocado numa superfície fria)	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrir as superfícies frias com um pano aquecido, antes de colocar o RN. • Colocar um gorro, meias e luvas ao RN e mantê-lo em contacto pele- -a-pele na posição canguru.
Convecção (ex: quando o RN está exposto a correntes de ar frio)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a temperatura da sala de partos no mínimo em 25°C. • Evitar as correntes de ar fechando as portas e as janelas do local onde se encontra o RN. • Use uma fonte de calor radiante. • Garanta que o quarto esteja aquecido.
Radiação (ex: quando o RN está próximo de superfícies frias)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o RN aquecido com gorro, luvas, meias, em contacto pele a pele na posição canguru.

A perda de calor no RN pode ser evitada através de um conjunto de acções interligadas realizadas desde o nascimento e durante as horas e dias subsequentes. Estas acções interligadas são:

Durante o parto

- A temperatura da sala de parto deve ser maior ou igual a 25°C;
- Os itens necessários para manter o RN aquecido devem ser preparados com antecedência;
- No RN de BxPN estável fazer a secagem imediata e contacto directo pele-a-pele, cobrir o RN e a mãe com outro pano ou manta e coloque um gorro sobre a cabeça do RN

- No RN de prematuro instável envolver em plástico sob calor radiante e realizar as manobras de reanimação.



Figura 24. Utilização do invólucro de plástico para a prevenção da hipotermia no RN prematuro (*Fonte: Saúde-Escola de Enfermagem. Ano: 48 - Edição Nº 56, 2015*)

Após o parto

- **Banho:** Adiar o banho para 24h após o nascimento. O banho deve ser rápido para evitar hipotermia e deve-se o vestir o RN com um gorro, fralda, meias e colocá-lo em contacto directo com a pele da mãe.
- **Transporte:** Se for necessário fazer o transporte do RN, deve-se utilizar uma incubadora de transporte previamente aquecida ou saco térmico, ou em contacto pele-a-pele na posição canguru.

Avaliação e procedimentos

- Sempre que possível avaliar e realizar todos os procedimentos ao RN com este em contacto pele-a-pele com a mãe, porque para além de evitar a hipotermia, diminui o *stress* e a dor no RN. Caso não seja possível, a avaliação e os procedimentos devem ser realizados sob calor radiante e com exposição mínima da pele.

Tratamento da hipotermia através do reaquecimento gradual. Os passos para o reaquecimento incluem:

- Garantir que o local esteja aquecido, pelo menos 25 ° C e livre de correntes de ar;
- Retirar roupas frias ou húmidas, vestir o RN com um gorro, fralda e meias;
- Colocar o RN em contacto directo com a pele da mãe cobrindo-o juntamente com a mãe com roupas e mantas quentes;
- Alternadamente usar uma incubadora ou fonte de calor radiante caso não seja possível continuar com o contacto pele-a-pele;
- Encorajar a amamentação. É necessária energia para que o corpo fique quente. Se o RN estiver muito fraco para chupar a mama da mãe ou ainda não tiver reflexo de sucção, dar leite espremido, através de um copo;
- Monitorar a temperatura a cada hora;
- Avaliar os sinais de infecção e outros sinais de perigo;
- Caso o RN não responda às acções acima apresentadas transfira, na posição MMC, para um hospital de referência;
- Caso a hipotermia seja grave colocar o RN em contacto pele-a-pele e transferir imediatamente.

3.3.2. Hipoglicémia

A hipoglicémia é um dos distúrbios metabólicos mais comuns nos serviços de neonatologia/berçários. É definida como valor de glicémia igual ou menor de 2,5 mmol/l. A medição da glicémia é o parâmetro laboratorial mais utilizado em neonatologia e tem como objectivo de diagnosticar a hipoglicémia para poder ser tratada de forma adequada e evitar as sequelas neurológicas irreversíveis. Os sinais e sintomas da hipoglicemia não são específicos pelo que se não resolverem com a normalização da glicémia devem ser avaliadas outras causas (ex: sepsis).

São sinais e sintomas de hipoglicemia:

- Letargia;
- Tremores;
- Irritabilidade;
- Coma;
- Convulsões;

- Apneia;
- Crises da cianose;
- Sudorese;
- Hipotermia.

Diante deste quadro clínico é importante fazer o diagnóstico imediato através da medição da glicemia e caso se confirme fazer o tratamento urgente da hipoglicemia segundo o esquema a seguir.



Figura 25. Manejo da hipoglicemia no RN prematuro (Fonte: Misau. Fluxogramas de SSRMNI, 2014)

3.3.3. Apneia

- A Apneia é definida como a interrupção da respiração por um período maior que 20 segundos, podendo ser acompanhada por cianose, bradicardia e palidez cutânea. O RN prematuro pode apresentar crises de apneia até 37 - 40 semanas de idade gestacional corrigida, principalmente os que nasceram com < 28 semanas de gestação.
- É importante que o profissional de saúde controle os sinais vitais do RN e ensine a mãe a controlar a respiração do mesmo para poder detectar a apneia. A apneia não ocorre apenas por imaturidade do centro respiratório, mas pode ocorrer como sinal de outras complicações como: instabilidade térmica, infecção, malformações e distúrbios neurológicos e/ou metabólicos (↓glicemia, ↓Ca, ↓Mg, encefalopatia bilirrubínica), cardiopatias, uso de drogas depressivas na mãe, Persistência do Canal Arterial, anemia, Displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular e convulsões. Por ser um sinal de várias complicações esta deve ser estudada, ou melhor, este RN deve ser transferido para o serviço de neonatologia/berçário do hospital de referência para melhor investigação laboratorial, imagiológica e conduta.
- O tratamento da apneia requer várias medidas como posicionamento do pescoço e elevação da cabeça 30-45%, evitar aspiração vigorosa da orofaringe, correção dos factores de risco, suporte ventilatório (oxigénio, CPAP, ventilação mecânica) e tratamento farmacológico com aminofilina até 35 semanas de idade gestacional corrigida.

O que fazer em caso de apneia?

- Ensine a mãe a observar o padrão respiratório do RN e as variações normais. Se a respiração do RN estiver normal, explique à mãe o que significa normal (o RN pode ter períodos curtos de pausa respiratória - até 20 segundos sem respirar).
- Explique o que é a apneia e quais os efeitos que ela causa no RN;
- Demonstre o efeito da apneia pedindo à mãe que prenda a respiração por um curto período de tempo (menos de 20 segundos) e por muito tempo (20 segundos ou mais);
- Explique que se a respiração parar por 20 segundos ou mais, ou se o RN ficar azul (lábios azuis), isso pode ser um sinal de uma doença grave;
- Ensine a mãe a estimular o RN esfregando levemente as costas ou a cabeça e balançando;
- Movimente o RN até este começar a respirar novamente. Se o RN ainda não estiver respirando, deve solicitar ajuda;
- Ajude a mãe a garantir que o RN não seja enrolado com muita força (especialmente RN prematuros) na posição canguru. Os RN devem estar seguros, cómodos e confortáveis, podendo respirar, moverem-se e amamentar livremente;
- Sempre reaja imediatamente ao pedido de ajuda da mãe;
- Em caso de apneia prolongada, quando a respiração não puder ser reiniciada com estimulação, reanime o RN de acordo com as directrizes de reanimação hospitalar;
- Se os períodos de apneia se tornarem mais frequentes, examine o RN pois pode ser um sinal precoce de infecção. Trate de acordo com o protocolo institucional;
- Observar o RN para detectar sinais de problemas respiratórios e pedir à mãe que continue a fazer o MMC e outros cuidados com o RN, como de costume.

3.3.4. Infecções localizadas mais frequentes no RN

As principais infecções que ocorrem no período neonatal são a conjuntivite, candidíase oral, piodermite e onfalite. O quadro abaixo mostra os principais sinais e conduta.

Tabela 7. Infecções localizadas mais frequentes no RN

Infecção	Características	Conduta
<p>Conjuntivite</p> 	<p>Edema palpebral, hiperemia conjuntival e secreção ocular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza ocular com soro fisiológico. • Conjuntivite bacteriana aguda: Antibiótico tópico de amplo espectro (Pomada de tetraciclina oftálmica pomada ou solução oftálmica de Cloranfenicol - 6/6 h por 5 a 7 dias). • Conjuntivite gonocócica - transferir para tratamento com antibioticoterapia sistêmica. • Profilaxia - aplicar pomada de tetraciclina oftálmica nos olhos do RN após o parto
<p>Candidíase Oral</p> 	<p>Placas esbranquiçadas na cavidade orofaríngea associado a dificuldade na sucção e deglutição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina, solução oral 6/6 h - 7 dias ou • Violeta de Genciana 8/8 h - 7 dias • Se não melhorar, transferir para o hospital
<p>Piodermite</p> 	<p>Pústulas na pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Banho com cetrimida • Antibiótico tópico - bacitracina ou ácido fusídico ou violeta de genciana • Antibióticos EV, por 5 a 7 dias <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilina - 200 mg/kg/dia/IM/ 12-12 h ○ Gentamicina - 4 mg/kg/dia/IM/24-24 h • Se não melhorar, transferir para o hospital

<p>Onfalite</p> 	<p>Superficial - secreção no coto umbilical</p> <p>Profunda- secreção umbilical, hiperemia periumbilical e disseminação pela parede abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento tópico - Limpeza com soro fisiológico • Tratamento sistêmico <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilina -200 mg/kg/dia/IM/12-12h ○ Gentamicina - 4 mg/kg/dia/IM/ 24-24 h • Se não melhorar, transferir para o hospital • Profilaxia - aplicar clorexidina gel 7.1% na base, no cordão e no coto umbilical após o parto, 1 vez por dia durante 7 dias.
--	---	---

3.3.5. Outras complicações frequentes

Sepsis neonatal - é uma doença sistêmica grave e com uma alta taxa de mortalidade no nosso País. Ela pode ser classificada em precoce se ocorrer nos primeiros 5 a 7 dias (mais frequentemente nas primeiras 72h), e tardia geralmente após a primeira semana de vida. O quadro clínico é inespecífico, podendo ter vários sinais como:

- Irregularidade térmica (hipo ou hipertermia);
- Letargia, hipotonia, irritabilidade, sucção fraca;
- Má perfusão periférica, palidez, cianose, pele marmoreada ou reticulada, petéquias, *rash*, escleredema, icterícia precoce;
- Alterações cardiopulmonares (taquipneia, dificuldade respiratória, apneia, taquicardia, hipotensão, etc);
- Alterações digestivas (intolerância alimentar, vômitos, diarreia, distensão abdominal, etc).

Nota: O manejo da sepsis deve ser feito de acordo com as orientações do AIDI Neonatal

Anemia – A anemia da prematuridade é uma entidade clínica encontrada nos RNs prematuros a partir das 2-3 semanas de vida (entre 3 e 12 semanas de vida), sendo mais frequente nos RNs prematuros < 32 sem, pelas seguintes causas:

- Baixa produção de glóbulos vermelhos (por diminuição da produção da eritropoetina);
- Curta vida dos glóbulos vermelhos (35 – 50 dias);
- Perda sanguínea;
- Deficiência de Vitamina E;
- Rápida taxa de crescimento do RN prematuro, que requer uma necessidade de aumentar o volume de glóbulos vermelhos.

As manifestações clínicas da anemia incluem a palidez, taquicardia, sopro cardíaco e sinais inespecíficos (ex: dificuldade de sucção, reactividade diminuída, apneia, etc).

Nota: O manejo da anemia no RN prematuro deve ser feito de acordo com as orientações do AIDI Neonatal.

Icterícia - A icterícia é muito comum em RNs e está presente em cerca de 60% nos RNs de termo e de 80% nos RNs prematuros, e geralmente é considerada fisiológica. No RN prematuro, a icterícia pode aparecer após as 24 horas de vida, tem o seu pico entre 3 a 5 dias, e o declínio é geralmente em torno de 10 dias mas, pode-se prolongar até 28 dias. A icterícia começa a ser visível quando o RN tem valores acima de 7mg/dl e pode ser classificada por zonas como demonstra a imagem a seguir.

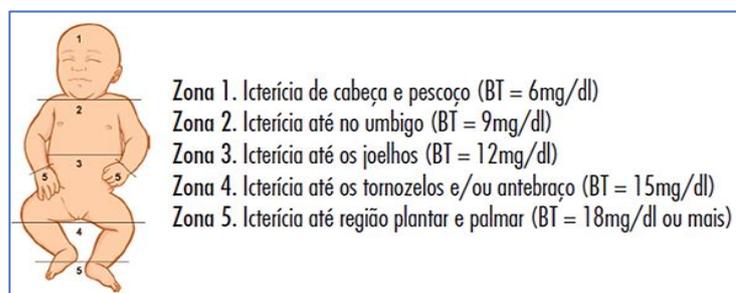


Figura 26. Classificação da icterícia no RN – Zonas de Kramer (Fonte: <https://academiamedica.com.br/>)

Nota: O manejo da icterícia no RN prematuro deve ser feito de acordo com as orientações do AIDI Neonatal.

Caso seja possível fazer fototerapia (ex: num Hospital Distrital) é importante manter uma distância de 50 cm entre as lâmpadas do aparelho e o RN, proteger os olhos e os genitais. É também importante controlar a hidratação (um RN desidratado ou que não se alimenta adequadamente tem uma capacidade diminuída de eliminar a bilirrubina), peso, temperatura, vigiar o aparecimento de possível *rash* cutâneo e mudar de posição a cada 3h. O controle da bilirrubina pode ser feito a cada 24h, se possível, e a suspensão da fototerapia quando a bilirrubina estiver 2mg/dl abaixo do nível inicial.

Idade gestacional (semanas)	Bilirrubina Total mg/dl ($\mu\text{mol/l}$)		
	Fototerapia	Exsanguíno-transfusão	
		Doente*	Bem
24	4,7 (80)	8,8 (150)	11,7 (200)
28	5,8 (100)	11,7 (200)	14,6 (250)
32	8,8 (150)	14,6 (250)	17,5 (300)
36	14,6 (250)	17,5 (300)	20,5 (350)

Figura 27. Critérios de tratamento da icterícia, baseada na idade gestacional (Fonte: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013_Ictericia_neonatal.pdf)

Peso (gramas)	Bilirrubina Total mg/dl ($\mu\text{mol/l}$)	
	Fototerapia	Exsanguíno-transfusão
≤ 1500	5 – 8 (85-140)	13-16 (220-275)
1501-1999	8 – 12 (140-200)	16 – 18 (275-300)
2000-2499	11 – 14 (190-240)	18-20 (300-340)

Figura 28. Critérios de tratamento da icterícia, baseado no peso (Fonte: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013_Ictericia_neonatal.pdf)

Sessão 3.4. Transferência do RN com BxPN com sinais de perigo e/ou complicações

As transferências intra-hospitalares ou inter-hospitalares, devem ocorrer após a estabilização do RN. É importante antes de tudo manter a assepsia, a normotermia, a permeabilidade da via aérea e ventilação adequada, a hidratação adequada e realizar a administração da primeira dose de alguns medicamentos necessários no momento (pré-referência), por exemplo antibióticos, anticonvulsivantes. Os RNs podem ser transferidos por via terrestre, aquática ou aérea. A via mais comum usada para transferência é a via terrestre (com ambulância), e esta deve ter, no mínimo, os seguintes requisitos:

- Altura e espaço suficiente para a acomodar e fixar da incubadora de transporte ou berço com colchão aquecido;
- Existência de uma fonte de energia, luz e controle de temperatura;
- Existência de uma fonte de oxigênio;
- Espaço para manipular o RN no caso de emergência;
- Cintos de segurança para a equipe de transporte.

Na ausência de uma incubadora ou berço de transporte com colchão aquecido, deve-se transferir o RN de BxPN na posição canguru em contacto pele-a-pele com mãe/pai ou familiar para evitar hipotermia. Durante a transferência deve-se evitar amamentar pelo risco de broncoaspiração, devendo-se priorizar a hidratação endovenosa por via periférica.



Figura 29. Transferência de um RN em contacto pele-a-pele (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

EXERCÍCIOS:

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Estudo de caso 1 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Uma mulher encontra-se hospitalizada com a sua neta gémea no quarto do MMC e está preocupada pelo facto da neta estar fria. Você nota que apesar da RN estar em contacto directo pele-a-pele com a avó, a cabeça está parcialmente coberta. A mulher diz que a outra gémea está com a mãe em casa. Ambas as RNs estão a ser alimentadas com leite materno, mas a avó diz que a mãe está exausta, por isso ela ajuda a manter uma das gémeas em MMC durante a maior parte do dia. “Eu apenas a tiro do contacto directo comigo quando estou a cozinhar ou a lavar a roupa” diz a avó. As gémeas nasceram há uma semana com 35 semanas de gestação e estavam saudáveis à altura do parto.

a) Quais são os potenciais problemas com estas gémeas em relação ao MMC?

Resposta: Cuidar das gémeas na posição canguru pode ser fatigante e desmotivar a mãe a implementar o MMC. Estabelecer a amamentação pode requerer mais tempo uma vez que as gémeas são prematuras (normalmente um gémeo é mais pequeno que outro e é preciso ter cuidado para este se alimentar adequadamente)

b) Que informação adicional irá precisar para avaliar as condições da RN?

Resposta: O peso ao nascimento, e actual, de cada gémea. Possíveis sinais de perigo na gémea hospitalizada. Verificar a alimentação da RN: se está a ser alimentada com SNG/SOG ou por copo, com o leite materno extraído saber como a mãe faz a extração e com que frequência vem deixar o leite na US. Saber a frequência e quantidade de leite materno administrada e quantas vezes a RN defeca por dia.

c) Quais serão as suas acções para este RN, em relação ao facto do mesmo estar frio?

Resposta: Meça a temperatura da RN. Explique a avó que o RN quando está frio pode ter complicações e que a cabeça deste deve estar sempre coberta. Ensine a avó a fazer o MMC de forma correcta, e assegure-se que ela compreendeu.

d) Como é que você haveria de aconselhar esta mulher?

Resposta: recomende que a avó alterne as gémeas com a mãe, para que cada um passe um tempo (pode ser uma parte do dia) na posição canguru com esta, em especial a gémea mais pequena, se for o caso. Reforce os aspectos sobre a alimentação (pelo menos 8 vezes ao dia com leite extraído da mãe) e outros cuidados gerais com o RN com BxPN.

Estudo de caso 2 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Durante a ronda a uma enfermaria/quarto de MMC, a ESMI encontra uma mãe dormindo com seu RN no MMC e repara que o rosto do RN está icteríco. O RN nasceu há cinco dias com um peso ao nascimento de 1400 gr. Ela acorda a mãe para informá-la de que precisa examinar o RN. A avaliação inicial revela que o rosto e o peito do RN estão levemente icterícos.

a) Quais são as possíveis causas de icterícia em uma criança desta idade?

Resposta: Prematuridade, Icterícia fisiológica ou Infecção.

b) Qual será o manejo correcto?

Resposta: Reveja as informações do processo clínico do RN (alimentação, urina, fezes, etc). Examine o RN (de preferência à luz natural) e procure sinais de icterícia (use a classificação de Kramer). Procure possíveis sinais de perigo, sinais de desidratação, temperatura, *rash* cutâneo, entre outros. Observe a técnica de amamentação.

c) Como você irá aconselhar a mãe?

Resposta: Explique a mãe o que é a cor amarelada (icterícia) e porquê pode acontecer. Tranquilize a mãe explicando que essa cor vai desaparecer em alguns dias ou semanas, e aconselhe-a a continuar com amamentação frequente. Explique também os sinais de perigo.

Estudo de caso 3 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Uma mãe na unidade MMC percebe que seu RN há uma semana está tendo “contrações”. O seu peso de nascimento foi de 1500 gr e no momento pesava 1450 gr. A mãe está chorando a medida que fala com a enfermeira responsável. Ela pergunta se o RN está morrendo.

a) Como você vai lidar com essa situação? E qual é a sua gestão?

Resposta: Procure um local privado para examinar o RN e para poder falar com a mãe. Procure explorar mais a história das “contrações” (quando notou pela primeira vez? quanto tempo duram? atingem todo corpo ou só uma parte do corpo?). Verifique a história da gravidez e parto (dificuldades no parto? doenças durante a gravidez? traumatismos no parto?). Faça o exame físico do RN, procure sinais de perigo. Verifique os aspectos ligados a alimentação. Por poder tratar-se de possíveis convulsões, o RN deve ser referido para o hospital de referência.

b) Quais são as possíveis causas de "contrações"?

Resposta: Sepsis, tétano, hipoglicemia, uma possível infecção inespecífica, problemas do SNC ou tremores normais.

Objectivo geral:

- Saber realizar o aconselhamento em todas as etapas do MMC.

Resultados de aprendizagem:

- Definir o aconselhamento;
- Descrever os princípios de comunicação interpessoal;
- Saber realizar o aconselhamento durante a admissão na enfermaria/quarto de MMC;
- Saber realizar o aconselhamento durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC;
- Saber realizar o aconselhamento depois da alta da enfermaria/quarto MMC.

Sessão 4.1. Introdução

4.1.1. Definição de aconselhamento

Aconselhamento é o processo que ajuda uma pessoa, ou a um grupo de pessoas, a tomarem suas decisões providenciando informação adequada correcta bem como apoio emocional. O aconselhamento envolve aconselhar ou direccionar sobre a saúde e/ou ajudar as mães a resolver os seus problemas relacionados com a saúde. No MMC o aconselhamento é um processo contínuo que se inicia no momento da admissão na enfermaria, no acto da alta e continua em casa e na comunidade, e que ajuda as mães/famílias a tomarem decisões acerca das suas vidas e/ou acerca da saúde dos seus RNs.

Neste contexto, é dar conselhos e direccionamento aos que cuidam dos RNs e que estão a praticar ou estão para praticar MMC. O aconselhamento envolve não só o diálogo, mas também a demonstração de habilidades necessárias para praticar uma prática devidamente identificada/específica, tal como MMC. O diálogo irá incluir encorajar a mãe e os seus familiares a colocarem quaisquer questões que possam ter, e dar as respostas a todas as questões de uma forma correcta e honesta. As habilidades tais como a posição do RN, expressão manual do leite materno, cuidados com o cordão umbilical, amamentação e alimentação com copo ou com SNG/SOG, não devem ser apenas explicadas à mãe e à pessoa que cuida do RN mas também devem ser demonstradas.

4.1.2. Objectivo do aconselhamento

O objectivo do aconselhamento do MMC é fornecer informações às mães e responsáveis / familiares sobre como cuidar de um RN prematuro / pequeno enquanto estiver na unidade do MMC e em casa após a alta. O aconselhamento deve ser realizado onde o MMC é fornecido, seja em uma enfermaria/quarto de MMC. As discussões podem ser feitas individualmente e em grupos, com mães e responsáveis ou outros membros da família envolvidos no apoio à mãe e ao RN. As discussões devem ser realizadas no momento da admissão, durante a permanência das mães e responsáveis na unidade do MMC e no momento da alta.

Cartões de aconselhamento e outros materiais da Comunicação para Mudança de Comportamento (CMC), como vídeos para o MMC, devem ser usados para aprimorar essas discussões. O conselheiro deve criar um ambiente em que os participantes sejam livres para compartilhar seus próprios conhecimentos e também para fazer perguntas. As dramatizações de papéis são outra maneira eficaz de comunicar comportamentos, como lidar com atitudes de oposição ao MMC na comunidade. As discussões em grupo devem ser participativas e envolver as mães e seus parentes no processo educacional.

4.1.3. Quem deve fornecer aconselhamento sobre MMC

Dependendo da US, podem existir vários níveis de cuidadores para RNs e mães. Nem sempre é possível que as mães que fazem MMC tenham continuidade de cuidados com os mesmos profissionais durante toda a estadia na US. É fundamental, no entanto, que mães e famílias recebam aconselhamento adequado sobre o MMC, para o cuidado de seus RNs com BxPN durante a estadia no hospital e também ao retornarem para visitas de acompanhamento/seguimento. Aqueles que prestam aconselhamento sobre o MMC devem ser profissionais de saúde com treinamento e experiência em cuidar de RNs com BxPN e mães que praticam o MMC. Idealmente, como o aconselhamento é um processo contínuo, todos os funcionários envolvidos no cuidado às mães e RNs devem ter conhecimento sobre o MMC. O aconselhamento por pares também é muito eficaz e pode ser feito por mães com experiência no MMC. Isso pode ocorrer em um ambiente de grupo dentro da US ou na comunidade. Pares ou grupos de pares individuais podem ajudar a incentivar e apoiar outras mães e famílias em muitos casos, como as que são novas no MMC ou que estão se adaptando ao MMC em casa.

Sessão 4.2. Aconselhamento durante a admissão na enfermaria/quarto de MMC

Debates em grupo durante a admissão na enfermaria/quarto de MMC

- **Conselheiros:** Funcionários/trabalhadores de saúde treinados no MMC.
- **Participantes:** Mães / familiares e acompanhantes.
- **Objectivo:** Discutir o método e os componentes do MMC, como isso é feito, as vantagens e desvantagens e o que é esperado das mães e membros da família, especialmente dos responsáveis que apoiam a mãe durante sua estadia na enfermaria/ quarto do MMC.

Debate: comece perguntando ao(s) participante(s) o que eles sabem sobre o cuidado aos RNs prematuros/pequenos nas comunidades em que vivem. Se o MMC não for mencionado, pergunte se eles ouviram ou viram alguém praticando o MMC. Se alguém já ouviu falar sobre o MMC ou se já viu, peça que descrevam o que sabem sobre ele. Teste outros detalhes, como:

- Por que o MMC é feito?
- Quem pode fazer o MMC?
- Como é feito o MMC?
- Por quanto tempo o MMC pode ser realizado?
- Quais são os benefícios para mãe e RN?
- Quais são os desafios?

Estas e outras perguntas irão ajudar a iniciar o debate e a providenciar informação as mães e aos familiares. Garanta que os aspectos que se seguem sobre RNs prematuros/com BxPN, sejam referidos durante o debate. Introduza as três necessidades básicas de um RN com BxPN - calor, comida e amor e introduza o significado do MMC (use o nome ou a descrição local do MMC se ele existir na língua local da comunidade, por exemplo, “makhalelo omupara muana” - mãe canguru na língua Macua, ou “mamane a canguru” na língua Changana).”

Descreva como o MMC é feito:

- Posição: o RN é mantido na posição vertical entre os seios da mãe, segurado por uma capulana ou qualquer pano;

- A mãe deve dormir em uma posição levemente erecta para evitar que o RN engasgue;
- O contacto pele-a-pele deve ser praticado por 24 h, interrompido apenas quando a mãe atende a suas próprias necessidades básicas, como ir tomar banho;
- O RN deve usar apenas uma fralda um gorro e meias (se disponível).

Descreva as vantagens e desvantagens do MMC:

Vantagens do MMC:

- Benefícios de saúde pública - redução da morbidade e mortalidade;
- Custos - o MMC pode ser feito sem custos altos e sem tecnologias avançadas;
- Calor - a mãe aquece o RN o dia inteiro;
- Alimentação - a amamentação sob demanda é feita com facilidade, os RN são amamentados com mais frequência e por períodos mais longos de tempo;
- Amor - o contacto pele-a-pele promove a ligação entre mãe e o RN, para que os RN chorem menos porque mantêm contacto contínuo com suas mães;
- Crescimento - os RNs crescem mais rápido, pois precisam de menos energia para aquecer seus corpos;
- Sono - os RNs têm bom padrão de sono e melhor padrão de desenvolvimento motor e cognitivo;
- Estabilidade - os RNs mantêm a temperatura corporal estável, e sono mais calmo e prolongado, o que traduz-se numa oxigenação adequada;
- Tempo de internamento - o MMC diminuí o tempo de internamento
- Alta precoce - os RNs podem receber alta mais cedo, pois o MMC pode ser feito em casa.

Desvantagens do MMC:

- Cansaço - o MMC pode ser cansativo para as mães;
- Tecnologias - uma grande crença na alta tecnologia pode conduzir a alguma resistência por parte das mães por causa da simplicidade do MMC;
- Barreiras culturais - as avós/família podem recusar o método. Em algumas tradições os RNs são separados das suas mães e a avó toma conta do RN durante as primeiras semanas. Por outro lado, os RN geralmente são carregados nas costas e não à frente;

- Aceitação da comunidade - os familiares, vizinhos e outros membros da comunidade podem rir-se da mãe que esteja a praticar o MMC;
- Incumprimento - as mães e o pessoal de saúde podem não cumprir adequadamente o MMC.

Descreva os cuidados ao RN:

- Não se dá banho ao RN mais sim este é limpo com um pano molhado em água aquecida (morna) para evitar a perda de calor;
- O RN é alimentado a cada 3 horas através da sonda naso/orogástrica, por um copo ou mama, e não deve consumir uma quantidade de leite superior a quantidade prescrita;
- O RN é pesado diariamente para ver se está a ganhar ou a perder peso.

Descreva como se faz a movimentação e actividades das mães ou acompanhantes que cuidam dos RNs enquanto estiverem na enfermaria/quarto de MMC:

- Geralmente será dada autorização a dois familiares directos incluindo o pai do RN para entrarem na enfermaria do MMC;
- As mães podem comer, conversar, lavar a roupa e a loiça bem como outros utensílios;
- As mães devem ser encorajadas a ler (caso saibam ler);
- As mães podem abandonar a enfermaria/quarto de MMC durante o período da tarde (das 15:00h às 18:00h com os seus RNs na posição MMC) para conversar com amigos e familiares, mas não devem abandonar as instalações do hospital ou entrarem em outras enfermarias.

Nota: Durante todos os debates, responda a quaisquer perguntas que os participantes possam colocar e clarifique as questões que possam não estar claras para eles.

Sessão 4.3. Aconselhamento durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC

Aconselhamento individual durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC

- **Facilitadores:** Provedores de saúde treinados no MMC incluindo auxiliares de serviço da enfermaria.
- **Participantes:** Mães, familiares e acompanhantes.
- **Objectivo:** Garantir que os participantes saiam com habilidades necessárias para providenciarem correctamente os cuidados para os seus RNs na enfermaria e quando forem para casa.

Nota: As conversas informais e a exibição de vídeos acerca de MMC, e de RNs com problemas de saúde, podem ser utilizadas para reforçar as mensagens sobre os cuidados essenciais ao RN e sobre sinais de perigo para o RN, e para a mãe.

Capacidades a serem reforçadas no aconselhamento:

- 1) Assegurar boa amamentação/alimentação do RN com BxPN (ex: posição, pega, espremer o leite, SNG/SOG, etc) - procure saber das mães quais são as suas experiências anteriores em relação a amamentação e converse e procure ajudar a fazer as boas práticas de alimentação:
 - Posição do RN para a amamentação;
 - Como espremer, medir e conservar o leite materno;
 - Como alimentar usando um copo ou sonda naso/orogástrica;
 - Quais são problemas de amamentação.
- 2) Reconhecer os sinais de perigo no RN com BxPN - procure primeiro saber que sinais de perigo as mães já conhecem . Se possível mostre vídeos para mães sobre problemas e sinais de perigo dos RNs, respectivamente:
 - Sinais gerais de perigo;
 - Febre;
 - Hipotermia;
 - Problemas respiratórios;
 - Diarreia;

- Sangramento do cordão umbilical.
- 3) Realizar cuidados diários do RN – peça a mãe para mostrar o que ela já sabe fazer e elogie. Caso necessário, demonstre e deixe a mãe a praticar. Explique à mãe, e à família, a importância de cada cuidado. Ensine o que deve ser feito para manter a limpeza e a boa higiene para a mãe e para o RN:
- Lavar as mãos antes de alimentar o RN, depois de usar a casa de banho e depois de tocarem utensílios sólidos;
 - Os seios devem ser lavados antes de espremer o leite ou antes de amamentar;
 - O cordão umbilical do RN deve ser limpo com água limpa mantido seco;
 - O RN deve ser limpo (com um pano húmido com água morna) e não deve tomar banho;
 - O RN deve vestir fraldas limpas, gorro e meias;
 - As mães devem lavar as suas roupas e do RN;
 - As mães devem tomar banho todos os dias.
- 4) Reconhecer e responder aos sinais do RN (cuidados responsivos e os estímulos para desenvolvimento) - siga os passos na unidade 2, isso é, ajude a mãe a observar e a responder aos sinais do RN, e elogie. Demonstre formas simples de estimular o RN, através de conversas, toques suaves ou massagens, e deixe a mãe praticar. Explique a importância de cada prática, para o desenvolvimento do RN.
- 5) Conhecer os critérios para alta - Explique às mães que o RN irá receber alta do quarto/enfermaria de MMC quando:
- O RN está a aumentar de peso de uma forma gradual;
 - As mães e acompanhantes dos RNs têm conhecimentos sobre MMC;
 - As mães e os acompanhantes conhecem os sinais de perigo do RN;
 - As mães são capazes de amamentar e também espremer o leite materno;
 - O RN é capaz de chupar bem;
 - A mãe e o RN têm apoio da família;
 - A mãe está disponível e receptiva, para continuar o MMC em casa.

6) Fazer o planejamento familiar, após alta - para garantir com que as mães dêem tempo suficiente para os seus RNs crescerem, discuta assuntos relacionados com o planejamento familiar:

- Informe as mães acerca das vantagens do planejamento familiar;
- Aconselhe as mães acerca da importância do espaçamento das suas crianças e sobre a forma como podem fazer;
- Providencie informação a cerca dos diferentes tipos de planejamento familiar;
- Informe às mães acerca dos locais onde podem obter estes serviços.

Sessão 4.4. Aconselhamento antes da alta da enfermaria/quarto de MMC

Debates em grupo antes da alta da enfermaria/quarto de MMC servem para verificar e consolidar aquilo que as mães e os acompanhantes aprenderam durante sua estadia na enfermaria.

- **Facilitador:** Profissionais de saúde formados em MMC
- **Participantes:** Mães/familiares e acompanhantes
- **Objectivo:** Reforçar as práticas relacionadas com MMC de modo a facilitar que continuem a praticar em casa e garantir que os RNs sobrevivam.

Com apoio de perguntas, verifique se as mães sabem:

- Como e até quando devem fazer o MMC em casa;
- Quais os dias e a frequência de consultas de seguimento, de vacinação, etc;
- Quais os sinais de perigo e o que fazer;
- A importância e os diferentes métodos de planejamento familiar.

Peça as mães/pais para demonstrarem:

- Como irão fazer MMC;
- Como irão amamentar;
- Como irão cuidar do RN;
- Como irão estimular o RN.

Nesta altura aproveite a oportunidade para voltar a esclarecer quaisquer questões ou preocupações que existam. Avalie também se existe alguma relutância em continuar o MMC em casa ou se existe alguma indicação de desistência ou descaso em relação ao MMC:

- Debata como as mães possam dar continuidade ao MMC e ao mesmo tempo fazer tarefas necessárias em casa tais como cozinhar, momento para cartar a água e ir buscar lenha, ir ao mercado, dormir sozinha ou com outras pessoas (ex: outras crianças na mesma cama/colchão, com o parceiro do sexo masculino, etc.);
- Converse como obter apoio dos familiares, incluindo a ajuda destes em colocar o RN na posição canguru, quando necessário;
- Discuta como lidar com situações negativas relacionadas com MMC, incluindo desencorajar declarações por parte de familiares ou outros membros da comunidade. Enfatize que a melhor forma de lidar com estas situações e explicar aos outros o significado e os objectivos do MMC;
- Informe as mães que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o pessoal da US realizam visitas domiciliárias às pessoas que faltam às consultas marcadas e às que precisam de um acompanhamento mais próximo.

Descreva quando e como fazer a interrupção do MMC

- Explique quando é que MMC pode ser interrompido;
- Garanta que as mães, e as pessoas que cuidam do RN, compreendam que o RN deve ganhar peso de forma gradual, ser devidamente alimentado e de um modo geral sentir-se bem;
- Agradeça às mães, acompanhantes e familiares que cuidam do RN por todo o seu apoio em cuidar com sucesso o RN que faz MMC.

Sessão 4.5. Princípios de comunicação interpessoal no aconselhamento

A comunicação interpessoal é a troca de informação ou sentimentos de forma verbal e não verbal, cara a cara, entre duas pessoas.

4.5.1. Princípios básicos de comunicação interpessoal

- **Atmosfera receptiva** – o provedor de saúde (ex: ESMI) deve cumprimentar o aconselhado de uma forma cortez e deixar que este se sinta confortável. Deve mostrar interesse e prestar atenção à comunicação verbal e não verbal do aconselhado.
- **Decisão informada** – o provedor de saúde (ex: ESMI) deve providenciar uma informação clara e adequada para que o aconselhado compreenda. O conselheiro deve ser isento de opinião e explicar todos os benefícios, riscos e quaisquer efeitos colaterais, vantagens e desvantagens.
- **Confidencialidade** – o provedor de saúde (ex: ESMI) deve proteger a privacidade do aconselhado mantendo a informação confidencial salvo se o aconselhado permitir que revele a informação.
- **Não julgamento** – a atitude e o comportamento do aconselhado devem ser avaliados de forma objectiva e sem ideias preconcebidas.
- **Liberdade de expressão** – deve ser dada autorização ao aconselhado para se expressar caso não concorde com o provedor de saúde. O aconselhado deve ser encorajado a colocar questões e manifestar as suas preocupações.
- **Comunicação se envolvimento emocional** – o provedor de saúde (ex: ESMI) deve estar sempre disposto, e preparado, a apresentar as respostas e ser enfático para com os sentimentos dos aconselhados sem se envolver emocionalmente.
- **Privacidade auditiva e visual** – o local para o aconselhamento deve estar livre de perturbações de ruído e outros distúrbios de outras pessoas. Ninguém mais pode ver ou ouvir o que está sendo dito ou feito entre o aconselhado e o provedor de saúde.
- **Reconhecer as limitações** – seja honesto quando não tiver alguma informação ou resposta à uma questão do aconselhado. O provedor de saúde deve reconhecer as suas limitações e transferir/referir o aconselhado quando for necessário.

4.5.2. Habilidades de comunicação interpessoal

Habilidade de comunicação não verbal

- Relaxe;
- Abra-se para o paciente;
- Incline-se para frente;
- Faça contacto visual;

- Sente-se confortavelmente.

Habilidades de comunicação verbal

- Clarifique sempre que necessário;
- Ouvir com atenção;
- Encorajar e elogiar;
- Reconhecer;
- Reflectir antes de responder;
- Repetir se necessário



Figura 30 - Ilustrações sobre tipos de linguagem corporal (Fonte: <https://www.slideshare.net/wicaksana/communication-body-language>).

EXERCÍCIOS:

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Exercício 1 (dramatização) – exercício aos pares

CHAVE DE RESPOSTAS

Ana é uma mãe de 20 anos que foi encaminhada ao Hospital Distrital de Chibuto, em Gaza, com seu RN que nasceu prematuramente 5 horas atrás e pesa 1250gr. O RN está enrolado em um cobertor e está respirando bem.

a) Que aconselhamento você daria a Ana na admissão?

Resposta: Explicar à Ana que o seu RN é pequeno e quais são os riscos de saúde e possíveis problemas que pode vir a ter. Falar da importância da Ana fazer MMC com o seu RN na enfermaria quarto de MMC no hospital. Explicar como o MMC é feito, quais são os benefícios para a Ana e para o seu RN e quais são os outros cuidados a ter com o RN. Explicar todos aspectos relacionados com a alimentação do RN. Explicar quais são as regras da enfermaria/quarto de MMC.

Exercício 2 (dramatização) – exercício aos pares

CHAVE DE RESPOSTAS

Ana está na enfermaria/quarto do MMC há dez dias. O RN está agora com 1380gr e está amamentando bem. Ana tem outro filho de 2 anos em casa. Ela está cansada de ficar no hospital e cansada do MMC, quer ir para casa.

a) Que aconselhamento você daria a Ana?

Resposta: Explicar a Ana que o seu RN ganhou peso durante o internamento (uma média de 13 gr /dia) e dizer-lhe que o ideal seria se o seu RN ganhasse cerca de 15gr/dia durante 3 dias seguidos. Avaliar a amamentação (sucção, pega e posição). Fazer o exame físico para verificar se o RN não tem nenhum sinal de perigo/complicação. Procurar saber se a Ana tem apoio familiar. Explicar os aspectos de higiene pessoal e geral e com o planeamento familiar.

Exercício 3 (dramatização) – exercício aos pares

CHAVE DE RESPOSTAS

Depois do aconselhamento a Ana disse que queria continuar na enfermaria/quarto de MMC. O RN agora está com 1500gr. Você fez uma avaliação e percebeu que o RN está pronto para receber alta.

a) Que aconselhamento você daria a Ana?

Resposta: Aconselhar a Ana a continuar o MMC em casa e a fazer AME. Recomendar que a Ana traga o seu RN às consultas de seguimento na US, e explicar a importância destas consultas.

Exercício 4 (exercício em grupo) – Familiarização com a Lista de Verificação 2.3 (em anexo) sobre “Admissão de um RN com BXPn na enfermaria/ quarto de MMC”

Os formandos deverão familiarizar-se com a lista de verificação sobre “Admissão de um RN com BXPn na enfermaria/ quarto de MMC” em relação aos aspectos a serem observados na admissão do RN com BxPN. A respectiva lista de verificação será posteriormente utilizada na prática na US.

UNIDADE DIDÁTICA 5. Alta da enfermaria/quarto de MMC, acompanhamento e readmissão no MMC

Objectivo geral:

- Conhecer os critérios de alta da enfermaria/quarto de MMC, ser capaz de fazer o acompanhamento após a alta e conhecer os critérios de readmissão.

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer os critérios para alta da enfermaria/quarto de MMC;
- Conhecer as directrizes para o acompanhamento depois da alta na enfermaria/quarto de MMC;
- Ser capaz de preencher o formulário das visitas de acompanhamento do MMC;
- Conhecer os critérios para readmissão na enfermaria/quarto de MMC;
- Conhecer os critérios para interromper o MMC.

Sessão 5.1. Introdução

A alta da enfermaria/quarto do MMC consiste na autorização para que a mãe regresse para casa junto com o seu RN. O momento em que se concede a alta depende de alguns factores como por exemplo: o peso do RN, as condições da mãe no cuidado com o seu RN, a alimentação do RN, entre outros. No entanto, após a alta as mães vão continuar a precisar de apoio que pode ser feito com o seu retorno à US (enfermaria /quarto de MMC).

Sessão 5.2. Critérios para receber alta da enfermaria/quarto de MMC

5.2.1. Os critérios para receber alta da enfermaria/quarto de MMC são:

- A mãe o MMC e está disposta a continuar com o MMC em casa, tem apoio da família e pode / está disposta a frequentar as visitas de seguimento;
- A posição canguru é bem tolerada pelo RN e pela mãe;
- O RN está estável: sem dificuldade respiratória e temperatura dentro da faixa normal para o MMC por pelo menos três dias consecutivos (temperatura axilar de 36,5-37,5 °C) ;

- O RN não tem sinais de perigo;
- O RN um ganho de peso adequado (≥ 15 gr por dia) por três dias consecutivos (após recuperação do peso ao nascimento) e peso igual ou superior a 1800 gr;
- O RN aceita aleitamento materno (tem sucção-deglutição coordenadas e aumento de peso).

Nota: Dependendo do caso, o clínico poderá avaliar a possibilidade de dar alta mais cedo, desde que seja possível continuar a fazer o seguimento do RN de BxPN na enfermaria, a cada 2 ou 3 dias, até que o RN atinja um peso igual ou superior a 1800 gr e desde que todos os outros critérios estejam presentes.

5.2.2. Folha de pontuação diária na enfermaria/quarto de MMC

Quando um hospital abre uma enfermaria/quarto de MMC ou começa com MMC intermitente, os funcionários às vezes não têm confiança para dar alta aos RN mais cedo do que estão acostumados. A fim de ajudá-los a melhorar suas habilidades na aplicação dos critérios de elegibilidade para alta do MMC, uma folha de pontuação diária foi compilada para o treinamento de MMC intra-hospitalar em Bogotá, Colômbia. Esta folha foi adaptada para a alta do RN em muitos hospitais. A folha de pontuação diária que consta neste manual de MMC é uma versão adaptada da usada no Hospital Kalafong na África do Sul (anexo 6) e serve como uma folha de prontidão pré-alta.

Na enfermaria/quarto de MMC, as observações usuais/rotineiras que fazem parte dos cuidados de enfermagem para RN prematuro e de BxPN fazem parte das funções normais de enfermagem. A folha de pontuação diária ajuda a equipe médica, e de enfermagem, a avaliar regularmente o progresso da mãe e do seu RN. Sua função é auxiliar a equipe médica, e de enfermagem, na decisão de quando a mãe e o RN estão prontos para a alta. Para esta avaliação pré-alta são avaliados alguns aspectos como o ganho de peso do RN, a capacidade da mãe amamentar, produzir de leite, conhecimento do MMC, aceitação e aplicação do MMC e a confiança no manuseio do RN e administração de medicamentos.

Os RN podem receber alta assim que as pontuações para os seguintes aspectos forem satisfatórias:

<p>A mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende o que é MMC • Está produzindo leite suficiente • É capaz de amamentar seu filho • Está confiante em cuidar de seu filho 	<p>O RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem boa pega durante o aleitamento • Tem sucção e deglutição efectivas • Tem ganho de peso diário satisfatório
---	--

Quando mãe e RN, como um par, pontuam continuamente acima de 19 usando a folha (anexo 6) eles são considerados para alta, independentemente do peso do RN.

Nota: O elemento mais importante que a mãe/familiar ou responsável deve lembrar-se, quando tiver alta, é o contacto pele-a-pele. Esse contacto deve ser mantido de forma contínua, se possível por 24h, mesmo durante o trabalho doméstico, que não ponha o RN em risco. Durante o tempo em que a mãe não é capaz de realizar o contacto pele-a-pele (por exemplo, ao tomar banho), o pai ou um familiar próximo poderá continuar o contacto pele-a-pele.

Sessão 5.3. Directrizes para o acompanhamento depois da alta da enfermaria/quarto de MMC

Após a alta da enfermaria/quarto de MMC, é importante garantir o acompanhamento da mãe e do RN. Quanto menos peso o RN tiver na alta, este precisará de visitas mais frequentes de seguimento. Embora as situações e os protocolos locais possam variar, a OMS recomenda que as directrizes a seguir são válidas na maioria das circunstâncias:

- Duas (2) visitas de seguimento por semana até completar 37 semanas de idade gestacional corrigida;
- Uma (1) visita de seguimento por semana após 37 semanas de idade gestacional corrigida, até às 40 semanas ou até o peso ser superior a 2500gr.

Nota: No RN com muito baixo peso ao nascer, pode ser necessário um acompanhamento diário. Se isso não for possível, pode ser necessário adiar a alta até que sejam necessárias menos visitas de seguimento. O conteúdo da visita de seguimento pode variar de acordo com as necessidades da mãe e do RN, mas no geral deve-se avaliar o que está descrito no quadro a seguir.

5.3.1. Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário

MMC:

- Verifique a duração do contacto pele-a-pele, a posição, roupas, temperatura corporal, suporte para a mãe e o RN.
- O RN está mostrando sinais de intolerância? É hora de interromper o MMC (geralmente em torno de 40 semanas de IG ou um pouco antes)? Caso contrário, incentive a mãe e família para continuar o MMC, tanto quanto possível.

Amamentação:

- É exclusiva? Se sim, elogie a mãe e incentive-a a continuar. Caso contrário, explique a mãe como aumentar a amamentação e diminuir suplementos. Pergunte e observe a existência de qualquer problema e forneça ajuda. Se o RN estiver tomando leite artificial (fórmula), verifique sua segurança e adequação e se a família possui a quantidade necessária.

Crescimento/Peso:

- Verifique o ganho de peso de acordo com a última pesagem efectuada. Se o ganho de peso for adequado, ou seja, pelo menos 15gr/kg/dia, elogie a mãe. Se for inadequado, pergunte e procure por possíveis problemas, causas e soluções que podem estar geralmente relacionadas à alimentação ou à doença.

Doença:

- Pergunte e procure qualquer sinal de doença, relatada ou não pela mãe, e faça o manejo de acordo com os protocolos e directrizes locais. No caso de amamentação não exclusiva, pergunte e veja particularmente se existem sinais de problemas nutricionais ou digestivos.

Medicamentos:

- Se o RN estiver a receber medicamentos prescritos, forneça um suprimento suficiente para durar até a próxima visita.

Imunização:

- Verifique se o cronograma de imunização está sendo seguido.

Preocupações da mãe:

- Pergunte à mãe sobre qualquer outro problema, inclusive pessoal, doméstico e problemas sociais. Tente ajudá-la a encontrar a melhor solução para todos eles.

Próxima visita de seguimento:

- Agende ou confirme a próxima visita. Não perca a oportunidade de verificar e aconselhar sobre higiene e reforçar a consciência da mãe dos sinais de perigo que precisam de cuidados imediatos (veja a unidade 3 deste manual).

Visitas especiais de seguimento:

- Se forem necessárias, para outros problemas médicos ou somáticos, incentive a mãe para cumprir e ofereça ajuda, se necessário.

Cuidados infantis de rotina:

- Incentive a mãe a frequentar as consultas de rotina quando o RN chegar aos 2500 gr ou 40 semanas de IG, e a realizar os rastreios na oftalmologia, otorrino e neurologia se necessário.

Cuidados responsivos e estimulação do RN:

- Ajude a mãe a perceber e a responder aos sinais do RN
- Demonstre a mãe e ajude a praticar as formas de estimular o bebe (conversas, toques etc.)

Desenvolvimento neurológico do RN:

Devido à fragilidade neurológica do RN de BxPN, é essencial acompanhar o seu desenvolvimento durante as consultas e as visitas de seguimento. Os provedores de saúde devem avaliar o seguinte:

- Resposta ao som e às luzes;
- Resposta aos estímulos como toque na palma da mão e na planta do pé, etc;
- Presença de reflexo de Moro;
- Presença de micro ou macrocefalia;
- Presença de malformações nos membros de corpo, nas costas, etc;
- Icterícia;
- Corpo rígido ou mole;
- Convulsões.

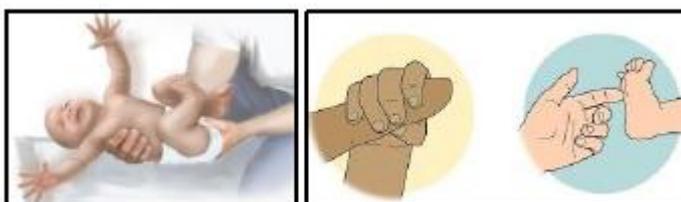


Figura 31. Avaliação de alguns reflexos no RN (Fonte: <https://sriweddings.com/>)

Correcção da idade gestacional (“idade ajustada”)

A correcção da IG é necessária porque os RNs prematuros necessitam dessa correcção para completar o tempo em falta para as 40 semanas. Para avaliação dos marcos de desenvolvimento num RN prematuro, deve-se primeiro subtrair os meses ou semanas que faltaram até o parto à termo, e utilizar a “idade ajustada”.

Como calcular: Considera-se o marco de 40 semanas (RN a termo). Identifica-se a IG ao nascer e verifica-se quantas semanas faltaram para que o RN nascesse com 40 semanas. A diferença deverá ser descontada da idade cronológica, especialmente nas avaliações de crescimento e desenvolvimento destas crianças, nas consultas de seguimento, até aos 2 anos de idade. Por exemplo, uma criança que nasceu com 34 semanas de IG, faltavam 6 semanas (um mês e meio) para completar 40 semanas de idade gestacional (gestação a termo). Então, quando essa criança tiver 6 meses, considera-se que ela tem 4,5 meses. O seguimento do RN prematuro, usando as curvas de crescimento da OMS, deve ser feita de acordo com a idade corrigida.

Sessão 5.4. Critérios para readmissão

Readmita ao hospital se:

- O RN estiver a perder peso;
- O RN tiver ganho menos de 15 gr/dia em 3 dias consecutivos;
- RN estiver doente;
- A mãe não estiver a fazer MMC para um RN que tem menos de 2000gr.

Sessão 5.5. Critérios para interromper o MMC

São critérios para interromper o MMC os seguintes:

- RN atingiu o peso de 2500gr;
- A mãe não deseja continuar o MMC para um RN com menos de 2000gr, mesmo com aconselhamento adicional;
- A mãe está doente ou não pode fazer MMC e o RN não tolera o MMC;
- RN está doente.

Nota: Se o RN precisa de ser transferido veja a Unidade 3 sobre “Sinais de perigo e complicações comuns nos RN com BxPN”.

EXERCÍCIOS:

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Exercício 1 – Faça o cálculo da correcção da idade gestacional (“Idade gestacional ajustada”) para cada exemplo de IG cronológica, na tabela a seguir.

CHAVE DE RESPOSTAS

Idade gestacional cronológica	Período de ajuste (“Desconto da prematuridade”)
34 semanas	6 semanas (1 ½ mês)
33 semanas	7 semanas (1 mês e 3 semanas)
32 semanas	8 semanas (2 meses)
31 semanas	9 semanas (2 meses e 1 semana)
30 semanas	10 semanas (2 ½ meses)
29 semanas	11 semanas (2 meses e 3 semanas)
28 semanas	12 semanas (3 meses)
27 semanas	13 semanas (3 meses e 1 semana)
26 semanas	14 semanas (3 ½ meses)
25 semanas	15 semanas (3 meses e 3 semanas)
24 semanas	16 semanas (4 meses)

Exercício 2 (exercício em grupo) – Familiarização com a “Folha de pontuação diária na enfermaria/quarto de MMC” (anexo 6).

Os formandos deverão familiarizar-se com a folha de “Pontuação diária na enfermaria/quarto de MMC” em relação aos aspectos, da mãe e do RN, a serem pontuados durante o internamento na enfermaria/quarto de MMC. A respectiva folha será utilizada na prática na US.

Estudo de caso 1 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Uma mãe voltou à enfermaria/quarto MMC, no qual recebeu alta há 3 dias. Ela queixa-se que o RN de 3 semanas de idade “dorme demais”. A mãe diz que continuou com o MMC em casa bem como com a amamentação exclusiva, mas por vezes ela usa um copo. Contudo, a mãe reporta que o RN recusou a se alimentar durante toda a manhã, estava muito mole e vomitou a caminho do hospital.

a) Qual é o diagnóstico provável para este RN?

Resposta: Sepsis ou outra infecção grave

b) Como deve ser o manejo correcto?

Resposta: Examine o RN, procure outros sinais de alarme, tente alimentar com leite espremido através da SNG/SOG, assegure-se que o RN está aquecido, faça o tratamento antibiótico pré-referência. Explique a situação a mãe e refira para o hospital.

Estudo de caso 2 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

Um RN do sexo masculino de 2 semanas de idade agora pesa 1550gr (teve um aumento de 100gr desde o nascimento). A mãe está ansiosa para ir para casa e quer saber quando é que podem receber alta. Ela está alimentando o RN com leite materno extraído, alternando com amamentação.

a) Que informação adicional precisará antes de tomar uma decisão?

Resposta: assegurar que estão reunidas as seguintes condições (posição canguru é bem tolerada pela mãe e pelo RN, o RN está estável (não há sinais de perigo, de infecção), que houve um ganho de peso de pelo menos 15 gr/dia em 3 dias consecutivos, que o RN aceita bem o AME, que a mãe está disposta a continuar o MMC em casa e tem apoio da família. Que a mãe se comprometa a fazer as consultas de seguimento.

b) Como irá responder a esta mãe?

Resposta: falar com a mãe sobre os progressos do RN, explicar os critérios de elegibilidade para alta, dar as recomendações acerca dos cuidados em casa e das visitas de seguimento.

Estudo de caso 3 (exercício em grupo)

CHAVE DE RESPOSTAS

A Amina é uma RN de 3 dias de idade com o peso de 1500gr à nascença e foi admitida ao quarto MMC onde permaneceu durante 7 dias. Na altura da aula disseram a mãe da Amina para fazer a primeira consulta de seguimento do MMC no CS porque a distância a partir da aldeia dela até ao hospital de referência é bastante longa.

a) Que informação deverá dar a mãe da Amina no momento da alta?

Resposta: Alimentação (priorizar o AME a livre demanda), reconhecimento dos sinais de perigo, manter o RN aquecido, continuar o MMC em casa, importância de cumprir as visitas de seguimento. Cuidados gerais com o RN (higiene, conforto, etc).

b) Que tipo de cuidados a Amina deverá receber quando for a sua primeira consulta de seguimento?

Resposta: Obter a história clínica, fazer o exame físico do RN (incluindo pesar o RN), procurar sinais de perigo, avaliar a alimentação/amamentação, verificar se o RN tem sinais de não tolerar o MMC. Perguntar se a mãe tem alguma preocupação. Estimular a mãe a continuar com o MMC e felicitá-la por ter vindo a consulta de seguimento.

UNIDADE DIDÁTICA 6. Criação/estabelecimento de serviços de MMC

Objectivo geral:

- Ser capaz de estabelecer um serviço de MMC.

Resultados de aprendizagem:

- Ser capaz de elaborar uma lista dos passos do processo de procura de apoio da administração institucional;
- Elaborar uma lista os requisitos para serviços de MMC;
- Identificar um compartimento adequado para a prática do MMC;
- Elaborar uma lista dos requisitos para uma enfermaria MMC;
- Desenvolver um plano de acção para um serviço de MMC.

Sessão 6.1. Introdução

O MMC é uma estratégia a nível nacional que integra um conjunto de acções voltadas para humanização dos cuidados ao RN e sua família, com destaque para o contacto pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo entre a mãe/pai/família/cuidador e o RN prematuro ou de BxPN. Juntamente com os componentes essenciais dos cuidados ao RN, existe no MMC uma melhora na capacidade do RN de manter uma temperatura corporal estável e a amamentar por mais tempo (ajudando no ganho de peso), a melhora o vínculo afectivo entre o RN e os seus pais e a redução da infecção hospitalar. Ajuda também a mãe a sentir menos estresse e a ganhar maior confiança, auto-estima, satisfação e empoderamento para fazer algo positivo para seu RN prematuro ou com BxPN.

Sessão 6.2. Razões para a criação e estabelecimento dos serviços de MMC

A relação custo-benefício do MMC é um factor positivo, pois oferece uma alternativa adequada à longa hospitalização. O método introduz um modelo com uma boa relação custo-benefício, cujo objectivo é aumentar a sobrevivência de RNs prematuros e com BxPN, além de aumentar sua qualidade de vida. Resumindo, é um método poderoso e fácil de usar para promover a saúde e bem-estar de todos os RNs, especialmente aqueles que

são prematuros ou com BxPN. Os formuladores de políticas, administradores das US, funcionários e famílias têm papéis muito importantes, e fundamentais, na implementação e apoio ao MMC. Este documento explica o processo de implementação para aqueles que desejam estabelecer uma unidade de MMC numa US. Trata-se de um processo cuidadosamente planificado com objectivo de dar orientações sobre a implementação e ajuda a todos os envolvidos a aprenderem como serem mais solidários e entender o método, e inclui:

- As vantagens da prática do MMC para o RN, mães e famílias;
- O processo para implementar o MMC;
- As habilidades clínicas necessárias para apoiar a prática de MMC;
- O que é necessário para implementar na prática de MMC em uma US e apoiar a mãe a implementar em casa.

Sessão 6.3. Passos para conseguir apoio institucional para implementar os serviços de MMC.

Dependendo dos objectivos, todas ou algumas das etapas a seguir poderão ser incluídas na concepção do programa.

Tabela 8. Passos para implementar o MMC em uma US

PASSO 1	Colectar e avaliar informações vitais relacionadas às práticas do MMC
PASSO 2	Trabalhar com os políticos e gestores de saúde a nível provincial e distrital
PASSO 3	Trabalhar com as autoridades de saúde em todos os níveis necessários (comunidade e atenção primária à saúde)
PASSO 4	Implementar actividades de mobilização comunitária e de mudança de comportamento (se incluídas no desenho do programa)
PASSO 5	Preparar a Unidade Sanitária e a equipe para a implementação do MMC
PASSO 6	Apoio técnico e supervisão à equipe do programa MMC
PASSO 7	Avaliar o programa de MMC

Passo 1: Colher informações vitais

Antes de iniciar o desenho e a implementação de um programa MMC, recolha informações para usar no trabalho com os políticos, autoridades de saúde e pessoal de todos os níveis.

Para tal as seguintes informações são consideradas importantes:

- Base de dados sobre RNs prematuros e com BxPN, nos últimos 6 a 12 meses à nível nacional e / ou na área de saúde da US;
- Apresentar os custos no atendimento aos RNs prematuros e com BxPN, e como o MMC pode reduzir esses custos;
- Existência e disponibilidade de políticas/documentos orientadores sobre o MMC;
- Existência e disponibilidade de normas padrão e protocolos nacionais, para atendimento ao RN prematuro e com BxPN;
- Viabilidade do MMC;
- Recursos humanos treinados no MMC;
- Necessidades em termos de material, equipamento e suprimentos (observe que os itens abaixo são úteis, mas não são fundamentais para uma mãe ter em sua casa):
 - Camas, colchões, roupas de cama, travesseiros (se a cama não for ajustável, é preciso ter almofadas suficientes, para colocar em baixo do colchão para conseguir uma posição semi-sentada quando necessário);
 - Roupas adequadas para as mães e RNs (capulanas, gorros, blusas, meias). Nota: isso também pode ser fornecido pela família;
 - Itens para alimentação (copos, sondas naso/orogástricas);
 - Balde de plástico com solução de descontaminação para desinfetar copos e sondas naso/orogástricas.
- Itens de carácter obrigatório para a enfermaria/quarto de MMC como:
 - Balança de prato;
 - Cadeira confortável para mãe;
 - Material para actividades recreativas para as mães (ex: lã, agulhas, revistas, jogos de tabuleiro, rádio, TV);
 - Armários/mesinhas de cabeceira para mãe;
 - A enfermaria/quarto de MMC deve estar o mais próximo possível da maternidade e do serviço de neonatologia/berçário;
 - Boa ventilação da enfermaria/quarto de MMC;

- Fonte de alimentação com uma tomada para cada 2 camas para conexão de aquecedores e outros aparelhos;
- Casas de banho adequadas, com chuveiro (pelo menos 1 casa de banho para uma enfermaria/quarto de 10 camas)

Passo 2: Trabalhar com os políticos e gestores de saúde a nível provincial e distrital

Realizar uma reunião de orientação e trabalho com os políticos, gestores de programas de saúde materno-infantil e chefes das enfermarias que irão implementar o MMC. Para tal será necessário rever as seguintes informações:

- Número de RNs com BxPN, a nível local, sua contribuição para a morbimortalidade neonatal;
- Número de RNs com BxPN a nível nacional / região;
- Como é que o MMC pode ajudar a garantir a sobrevivência do RN e a reduzir a mortalidade neonatal (ex: isso pode ser feito através da apresentação e discussão filme, apresentação em *power-point* etc);
- Caso o MMC seja implementado qual é a viabilidade, implicações de custo, possível localização física/instalações, necessidade de realizar um teste piloto local, provincial ou em grande escala (nacional);
- Desenho do rascunho de um programa de implementação que possa ser usado na implementação do MMC em outros níveis;
- Necessidades políticas de como implementar;
- Necessidades de protocolo sobre como implementar;
- Recursos disponíveis e necessários;
- Preparação dos gestores e funcionários (funções e responsabilidades, treinamento);
- Como fazer a ligação entre a US e a casa;
- Mobilização comunitária/necessidades de comunicação para mudança de comportamento;
- Supervisão e apoio técnico;
- Monitoria e Avaliação.

Passo 3: Trabalhar com autoridades de saúde em todos os níveis necessários (comunidade e atenção primária de saúde)

Também devem ser orientadas reuniões de trabalho e de orientação ao nível distrital, das comunidades e dentro da área do programa. Essas reuniões oferecem oportunidades, para que os gestores e outros entendam “o quê” e “porquê” em relação ao MMC e incentivem a sua contribuição para a concepção e implementação do programa de MMC. É importante a inclusão de alguns políticos e administradores de saúde que participaram nas reuniões dos níveis nacional e provincial, pois ajudam o desenvolvimento do programa e o apoio a todos os níveis.

Passo 4: Implementar actividades de mobilização comunitária e de mudança de comportamento (se incluídas no desenho do programa - passo 2)

Passo 5: Preparar a Unidade Sanitária e a equipe para a implementação do serviço de MMC

A preparação das instalações onde o MMC será implementado é uma etapa crítica para um MMC bem-sucedido. Isso oferece aos gestores e funcionários a oportunidade de:

- Aprender e pensar sobre o programa;
- Fornecer recomendações sobre o desenho do local de MMC dentro de sua US;
- Fornecer conhecimento e habilidades do MMC para profissionais de saúde e outros funcionários da US;
- Orientar a implementação do MMC.

- a) Realizar a reunião administrativa nº 1;
- b) Visitar as instalações da unidade sanitária
- c) Realizar uma reunião com os administradores e gestores clínicos;
- d) Realizar uma reunião de orientação para todos os funcionários que estarão envolvidos na implementação do MMC e que irão trabalhar directamente nos serviços do MMC;
- e) Desenvolver um plano de acção após a formação;
- f) Realizar a reunião administrativa nº 2.

➤ **Realizar a reunião administrativa nº 1 (exemplo de guia que pode se usado)**

Participantes:

- Médicos;
- Administrador de hospital ou director clínico;
- Chefes de serviços / enfermeiras-chefes;
- Enfermeiras que trabalham na maternidade (sala de partos e puerpério), no pós-parto e no serviço de neonatologia/berçários;
- Médicos que prestam serviço na sala de partos e no serviço de neonatologia/berçário.

Agenda:

- Saudações e apresentações;
- Apresentação dos objetivos da reunião;
- Como iniciar o processo juntos para entender porquê o MMC deve ser implementado;
- Discutir como implementar o MMC (ex: decisões e medidas a serem tomadas);
- Explique o que é o MMC e quais são suas vantagens para o RN, mãe, família e US (disponibilização de informações sobre experiências regionais).
- Discutir questões de viabilidade, implicações de custo, número de RN prematuros e com BxPN nascidos na US, responsabilidades, recursos humanos e equipamentos e suprimentos necessários;
- Discutir a preparação da unidade sanitária (ex: finalidade, actividades: visita, discussão de protocolos, preparação da equipe geral, preparação da equipe de apoio directo aos serviços MMC, decisões sobre indicação de pessoal para a enfermaria/quarto MMC, casas de banho com chuveiro, equipamentos, monitoria e acompanhamento);
- Cronograma de preparação das US;
- Chegar a um acordo sobre o desejo de implementar MMC, decisões a serem tomadas, cronograma de preparação, monitoria dos planos de acompanhamento, data e hora da próxima reunião administrativa;
- Encerramento da reunião.

➤ **Visitar as instalações da unidade sanitária**

Objectivo: Realização de uma visita conjunta com a equipe da US para ajudar a identificar as necessidades para a implementação do serviço de MMC. As necessidades/requisitos

identificadas (veja a lista de verificação 2.4) podem ser discutidas ou incorporadas na orientação geral.

➤ **Realizar uma reunião com os administradores e gestores clínicos**

Realizar uma reunião para discutir protocolos para o MMC é uma maneira de envolver médicos, enfermeiros administradores e gestores que talvez não possam participar num *workshop* completo do MMC. Nesta reunião as discussões proporcionarão uma oportunidade para que eles compreendam completamente o MMC e o processo em um ambiente que lhes permita fazer perguntas livremente. A realização desta reunião no início do processo de preparação pode obter apoio para outras actividades de preparação.

➤ **Realizar uma reunião de orientação para todos os funcionários que estarão envolvidos na implementação do MMC e que irão trabalhar directamente nos serviços do MMC**

Nem todos os funcionários poderão participar num *workshop* completo sobre o MMC. Além disso, em algumas áreas, os funcionários trabalham em turnos e alternam regularmente nas diferentes enfermarias. Outros funcionários, como pessoal administrativo e serventuário, também precisam entender o que é o MMC e como ele funciona. Uma orientação para esse pessoal pode durar um ou dois dias, dependendo da quantidade de informações fornecidas e quanto o tempo será usado para a prática. O conteúdo da orientação geralmente inclui:

- O que é o MMC;
- Vantagens de usar o MMC para o RN, mãe, família e unidade de sanitária (isso pode incluir a exibição de um filme MMC);
- Protocolos MMC;
- Como fazer o MMC (conhecimentos e habilidade);
- Como alimentar com copo se o RN não puder amamentar;
- Chegar a um acordo sobre como fazer a implementação do MMC na US;
- Sugestões sobre como implementar o MMC na US

Com esse tipo de orientação, a equipe sentir-se-á parte do novo programa MMC e se tornarão fortes apoiantes. Eles podem até ajudar a responder perguntas que as mães ou famílias levantam quando pessoal totalmente treinado não exista ou não esteja

disponível. Assim, realizar uma formação do MMC para todos os funcionários que trabalham directamente com as mães e RN que necessitam do MMC é:

- Importante porque durante o processo, os participantes vão obter conhecimentos e habilidades relacionadas com a implementação do MMC e também irão entender os aspectos de gestão da implementação e manutenção do programa (ex: preparação do ambiente, equipamentos e suprimentos, suporte e supervisão, monitoria e avaliação);
- Fundamental que a formação seja participativa e baseada em competências (este Manual pode ser usado como guia para a preparação da formação).

➤ **Desenvolver um plano de acção após a formação**

Os participantes devem dividir-se em grupos para desenvolverem o plano de acção do MMC nas suas US. Administradores, médicos e outras pessoas da US que participaram da formação de MMC irão em conjunto elaborar esse plano.

O seguinte guia pode servir de exemplo para o início da elaboração do plano de acção do MMC:

Tabela 9. Exemplo do guia de plano de acção para a implementação dos serviços de MMC em uma US

EXEMPLO DE UM PLANO DE ACÇÃO		
ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL DO GRUPO	PRAZO
Preparar e colectar dados da linha de base		
Preparar a sala do MMC e outros aspectos de apoio (ex: casas de banho, etc)		
Preparar equipamentos e suprimentos		
Actualizar práticas de prevenção de infecções (se necessário)		
Atribuir designações de equipe		
Desenvolver um plano de apoio técnico e supervisão para: <ul style="list-style-type: none"> • Nível do provedor dos cuidados de saúde, • Nível de supervisor • Nível distrital/provincial 		

Desenvolver e implementar instrumentos de recolha e análise de dados, planificar a distribuição e a utilização dos dados		
Planificar reuniões regulares do acerca do MMC (ex: definir agenda, identificar e comunicar os participantes)		

➤ **Realizar a reunião administrativa nº 2.**

Deverá ser uma reunião no final do período preparatório das actividades que irá ajudar a esclarecer o que foi feito, os acordos alcançados e a confirmar o plano de acção elaborado.

O quadro abaixo servirá de roteiro a seguir para ajudar na realização desta actividade

Participantes:

- Médicos;
- Director clinico;
- Directores/chefes do serviço;
- Chefe de enfermagem;
- Enfermeiras que trabalham na sala de parto, unidade neonatal e consultas do pós-parto;
- Médicos que trabalham na maternidade e no serviço de neonatologia/unidade neonatal.

Agenda:

- Saudações/ apresentações;
- Apresentação do relatório da formação regional;
- Analise das actividades de preparação e os acordos feitos;
- Resultados da visita à US sobre equipamentos / suprimentos necessários para a instalação da enfermaria/quarto de MMC;
- Apresentação do plano de acção;
- Revisão do plano de acção acordado / procedimento feitos;
- Preparação da formação dos profissionais de saúde e outros membros da equipe da US;
- Discussão de outros problemas que possam surgir durante a semana;
- Fim da reunião.

Passo 6: Apoio técnico e supervisão à equipa do programa MMC

Apoio técnico e supervisão é uma maneira comprovada de manter o conhecimento e as habilidades da equipe. Evidências mostram que, se não for feito ou se for mal feito, os funcionários perdem rapidamente as habilidades adquiridas e o interesse. O apoio técnico e a supervisão garantem a existência de um mecanismo para identificar áreas de necessidade e soluções e ajuda para fortalecer ainda mais o programa.

Passo 7: Avaliar o programa de MMC

Os dados relacionados ao MMC ajudam a medir o impacto deste método. A recolha de dados pré-MMC deve começar seis meses antes de iniciar a implementação. Esses dados devem ser usados para comparar o impacto de introdução do MMC sobre a sobrevivência e outros aspectos do cuidado com os RN prematuros e com BxPN na US. Todos dados do MMC devem ser colectados diariamente e analisados bimensalmente. Esta informação pode ser compartilhada regularmente com a equipe do MMC para promover discussões sobre os resultados, mudar e fortalecer o programa. As partes interessadas também podem usar essas informações para futuras tomadas de decisão sobre:

- Viabilidade do programa de MMC;
- Implicação dos custos;
- Número de bebês prematuros/com baixo peso à nascença na instituição;
- Pessoal qualificado existente;
- Necessidades em termos de material e equipamento.

Em coordenação com a enfermeira chefe de SMI será necessário elaborar uma carta dirigida ao Director Distrital de Saúde Mulher Acção Social (DDSMAS)/Médico Chefe solicitando um encontro para abordar a importância do MMC.

Preparação para a reunião com o DDSMAS/ Médico Chefe.

- Levar informação escrita acerca do MMC incluindo documentos de pesquisa;
- Levar informação sobre experiências regionais do MMC;
- Levar informação sobre a implicação dos custos para implementação do programa;
- Poupança de custos e benefícios para a US, trabalhadores de saúde e pacientes;
- Requisitos específicos para a introdução do MMC na instituição em particular;

Objectivo geral:

- Ser capaz de realizar supervisão, monitoria e avaliação aos serviços de MMC.

Resultados de aprendizagem:

- Descrever o conceito de supervisão, monitoria e avaliação;
- Conhecer e explicar o protocolo de supervisão para MMC;
- Conhecer e saber calcularos indicadores do MMC;
- Descrever o sistema de seguimento do MMC.

Sessão 7.1. Introdução

O termo supervisão é originário das palavras latinas "*super*" que significa "sobre" e "*video*" que equivale a "eu vejo". O emprego literal destes termos pode ser interpretado como inspecção, contudo, como resultado da sua evolução resultaram novas concepções. Na visão moderna a supervisão está associada a uma relação entre parceiros que identifica práticas e instrumentos de actuação conjunta sobre o objecto de trabalho, que significa gestão "colaborativa" ou construção conjunta.

A supervisão deve estar orientada para o acompanhamento do processo de implementação das actividades, de modo a tornar possível a revisão das estratégias implementadas, fazendo ajustes sempre que necessário, e redefinindo as formas e os meios de implementação, com base na aplicação e análise de instrumentos desenhados especificamente para este fim. A monitoria & avaliação pode ser entendida, em sentido lato, como o conjunto de actividades articuladas, sistemáticas e formalizadas (de produção, registo, acompanhamento e análise crítica de informações geradas), com a finalidade de subsidiar a tomada de decisões. As actividades de monitoria e avaliação permitem determinar se o programa estabelecido está a ser cumprido com a devida qualidade e identificar os resultados alcançados.

Sessão 7.2. Definição de Supervisão, Monitoria e Avaliação

A supervisão é um processo no qual uma pessoa com conhecimentos e habilidades apoia os colegas a usarem os conhecimentos e habilidades para melhorar as atitudes e práticas no trabalho. A formação baseada em competências é o primeiro passo para a construção de competências nos profissionais de saúde, no entanto, a formação por si só não é suficiente para melhorar e manter a qualidade do atendimento no MMC porque os profissionais de saúde tendem a perder suas habilidades com o tempo, especialmente se não as estiverem praticando regularmente ou de forma adequada. Embora alguns profissionais de saúde possam tomar a iniciativa de individualmente melhorarem e manterem o seu desempenho, a maioria precisará de assistência adicional, que pode ser fornecida através de supervisões de apoio. Os profissionais de saúde também podem beneficiar-se com um aumento da motivação proporcionado por uma supervisão eficaz.

A supervisão tem como objectivo promover o melhoramento contínuo do desempenho dos trabalhadores da saúde, e deve ser feita regularmente e nos casos em que:

- O pessoal necessita de apoio para suplantar quaisquer dificuldades que possam enfrentar;
- Há necessidade que sejam tomados alguns passos/actividades para motivar o pessoal;
- Apoio ao pessoal a melhorar o desempenho e a competência.

7.2.1. Elementos da supervisão

A supervisão envolve demonstração, formação, apoio, ajuda e o encorajamento aos profissionais de saúde para executarem bem o seu trabalho. Também envolve a resolução dos problemas dos profissionais de saúde para que estes possam assegurar um bom ambiente de trabalho do ponto de vista físico e social.

Para uma supervisão efectiva é necessário que haja:

- Agendas/Programas- porque maior parte do trabalho de um supervisor consiste em obter informação em determinados momentos (ex: acompanhamento, monitoria, visitas de apoio à equipe do MMC, etc);

- Guiões (com instruções e procedimentos) – para o trabalho que se supõe que seja de natureza sistemática (ex: registo de acompanhamento do MMC na US, número de RN prematuros e com BxPN observados/nascidos na US);
- Instrumentos de registo e outras fontes primárias de verificação de informação.

A supervisão é uma actividade que não é feita uma única vez, é um processo contínuo que compreende as seguintes fases sequenciais e de interacção:

- **Fase Preparatória:**
 - Reunião dos instrumentos necessários para a supervisão;
 - Estabelecimento das prioridades;
 - Calendarização da supervisão e comunicação aos intervenientes;
 - Revisão das constatações e recomendações da visita anterior, sempre que for possível.
- **Fase de Implementação:**
 - Verificação do grau de cumprimento das recomendações anteriores e/ou plano de acção;
 - Verificação do desempenho dos provedores no local de trabalho;
 - Identificação das necessidades de apoio dos trabalhadores.
- **Fase de acompanhamento:**
 - Criação de medidas e mecanismos de supervisão e apoio para ajudar a melhorar o desempenho do provedor no trabalho.

Sessão 7.3. Processo de preparação para supervisão do MMC

A fase preparatória, na qual as principais actividades preliminares devem ser realizadas, inclui o desenvolvimento de instrumentos apropriados e construção de consensos sobre os métodos de supervisão e cronogramas a serem seguidos. As etapas para a preparação da supervisão do MMC são as seguintes:

Tabela 10. Etapas para a preparação da supervisão do MMC

Etapas para a Preparação para a Supervisão	
1	Identificar os membros da equipa de supervisão
2	Elaborar uma agenda/ plano de supervisão com a equipa
3	Traçar os objectivos da supervisão com a equipa

4	Trabalhar em coordenação com o responsável da enfermaria do MMC antes da supervisão
5	Rever a ficha de MMC com a equipa
6	Antes de iniciar, partilhar com a equipa supervisionada a ficha, a agenda e os objectivos
7	Rever os relatórios mais recentes
8	Assegurar que os suprimentos necessários estejam disponíveis nos locais a serem supervisionados
9	Organizar a questão do transporte, se necessário
10	Elaborar protocolos (guiões) de supervisão

Outros aspectos a ter em conta:

- Manter um encontro com o DDSMAS, enfermeira chefe ou pessoal responsável de MMC;
- Rever os dados e registar com o chefe da enfermaria/ quarto de MMC;
- Observar como se pratica o MMC no quarto usando a ficha de observação;
- Entrevistar pelo menos duas mães;
- Avaliar as habilidades dos profissionais de saúde no MMC;
- Organizar debates com todo o pessoal de MMC (incluindo o DDSMAS) e providenciar reacções imediatas;
- Elaborar um esboço de relatório destacando os passos chave seguintes, e deixar uma cópia na US;
- Elaborar, dentro de uma semana após a visita de supervisão, o relatório final que inclui recomendações deixadas, responsabilidades e prazo de cumprimento, e enviar as cópias ao Director da US e ao DDSMAS.

Sessão 7.4. Conteúdos da Supervisão do MMC

7.4.1. Supervisão da disponibilidade e funcionalidade dos seguintes itens:

- Balanças de prato para pesar RN – disponibilidade/funcionamento correcto;
- Termómetros clínicos (de preferência os de leitura precisa);
- Equipamento de primeiros socorros – disponibilidade/funcionamento correcto;
- Aquecedores– radiantes/móveis;

- Ficha de registo de MMC;
- Roupa de cama – pacote para o RN, mantas, lençóis e almofadas para as mães;
- Copos graduados para alimentação do RN.

7.4.2. Supervisão sobre os conhecimentos e habilidades nas práticas de MMC:

- Manutenção do aquecimento do RN;
- Alimentação do RN;
- Monitorização do crescimento do RN;
- Identificação e gestão de sinais de perigo do RN;
- Práticas de prevenção de infecções
- Cuidados de desenvolvimento centrados na família e no RN.

7.4.3. Supervisão na enfermaria/quarto de MMC em pleno funcionamento

- As enfermeiras afectas a enfermaria/quarto de MMC devem supervisionar as mães (devem ser enfermeiras formadas em todas as áreas de MMC);
- Devem supervisionar as mães na prática correcta do MMC (ex: contacto contínuo pele-a-pele, não dar banho ao RN, aleitamento materno exclusivo, etc);
- Devem supervisionar a disponibilidade e funcionamento em pleno de todos os itens recomendados para o MMC (ver ponto 7.4.1);
- Supervisão em relação a aderência a todos os protocolos e procedimentos do MMC;
- Elaboração de uma agenda de seguimento.

Sessão 7.5. Responsabilidades na supervisão do MMC

A supervisão da implementação do MMC deve ser partilhada entre os diferentes intervenientes do SNS, respectivamente: MISAU, DPS, SDSMAS e US.

Tabela 11. Responsabilidades dos diferentes intervientes na supervisão do MMC

Interviente	Responsabilidades
MISAU/DNSP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordenar, e realizar, a supervisão de todo programa de MMC; ➤ Elaborar instrumentos/guiões para a realização da supervisão do MMC;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar os relatórios das supervisões provinciais; ➤ Analisar os indicadores.
DPS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criar uma equipa provincial para a supervisão do MMC; ➤ Identificar uma pessoa focal que irá liderar a equipa provincial do MMC; ➤ Elaborar planos, com cronograma, para a supervisão provincial de MMC; ➤ Realizar supervisão utilizando o guião de supervisão; ➤ Analisar os dados recolhidos e introduzir na base do SIS-MA; ➤ Analisar o indicadores durante a supervisão do MMC; ➤ Elaborar relatórios das supervisões provincial; ➤ Analisar os relatórios das supervisões distritais.
DDSMAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criar uma equipa distrital para a supervisão do MMC; ➤ Identificar a pessoa focal para liderar a equipa de supervisão distrital do MMC; ➤ Elaborar planos distritais de supervisão; ➤ Apoiar os provedores de saúde na realização de actividades no MMC na US (ex: garantir que o peso e a temperatura do RN tenham sido medidos e registados em tabelas apropriadas; garantir que os RN sejam alimentados de acordo com a condição de cada um e que as quantidades de leite materno prescritas estejam a ser registadas, garantir o registo de todos os cuidados prestados aos RNs, garantir que o aconselhamento às mães, sobre o MMC, está a ser feito, etc); ➤ Analisar os dados recolhidos e introduzir na base do SIS-MA; ➤ Elaborar o relatório da supervisão do distrito.

Sessão 7.6. Monitoria e Avaliação

A monitoria e avaliação são componentes-chave de qualquer programa de saúde bem administrado, incluindo o MMC, uma vez que fornecem dados sobre o funcionamento do programa, se as estratégias e intervenções inicialmente propostas necessitam de ser revistas ajustadas e permitem medir o impacto do programa na população-alvo.

7.6.1. Elementos básicos que devem constar da recolha de dados de MMC

As fichas/diários/processos clínicos no local da enfermaria/quarto de MMC devem ter no mínimo informação acerca do seguinte:

Tabela 12. Elementos básicos que devem constar da recolha de dados de MMC

Nome da mãe	Tipo de parto	Peso do RN na altura da alta
Idade da mãe	Idade gestacional	Detalhes da alta (ex: alta clinica, óbito)
História da gravidez	Peso à nascença (em gr)	Complicações (especifique)
Paridade	Peso na altura da admissão	Tratamento efectuado
Data de parto	Sexo do RN	
Data de admissão	Data de alta do RN	
<i>Veja no anexo 8, o “Livro de registo da enfermaria/quarto de MMC”</i>		

7.6.2. Indicadores de MMC

O objectivo dos indicadores de MMC é de medirem o progresso da implementação do programa de MMC a nível nacional. Desde a elaboração do primeiro manual de MMC até aos dias de hoje, os indicadores sugeridos pelos grupos internacionais de trabalho focados nos cuidados ao RN pequeno e no MMC têm sofrido várias modificações. No ano de 2017 foram publicados os 10 indicadores chave para a avaliar a implementação deste método (MMC). Estes 10 indicadores foram divididos em 2 grupos: a) indicadores de prontidão e; b) indicadores de processo e resultado. Esta selecção foi o resultado de um trabalho de consultoria à vários países e de uma avaliação de muitos outros indicadores. A escolha final dos mesmos baseou-se na sua facilidade de recolha, sus integração nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) dos diferentes países e a capacidade para medir a qualidade de serviços prestados.

Tabela 13. Indicadores de prontidão, processo e resultado do MMC

Indicador	Definição	Fonte	Periodicidade de recolha
Indicadores de prontidão			
Política nacional incluí o MMC	Sim/Não	Relatórios/ Documentos/Políticas Nacionais	Anual
Indicadores de MMC integrados no SIS-MA	Sim: o SIS-MA reporta o número de RN que receberam o MMC Não: o SIS-MA não reporta o número de RN que receberam o MMC	SIS-MA	Anual
Custeamento das intervenções	Sim: existe um plano de SMI que incluí intervenções de MMC orçamentadas	Relatórios/ Documentos/Políticas Nacionais	Anual
Disponibilidade de Unidades de MMC funcionais	Numerador: Nº de US com unidades de MMC operacionais conforme os <i>standards</i> (provedores	Relatórios de actividades	Anual

	treinados, equipamento e espaço físico disponível)		
Indicadores de processo e resultado			
Peso ao nascimento (% de RN com peso ao nascimento)	Numerador: Nº de RN que foram pesados ao nascimento Denominador: Nº de RN vivos	Inquéritos/ Supervisões/Registos da US	Inquéritos (quinquénios), Superivisões de rotina (anual)
% de RN com ≤ 2000 gr*	Numerador: Nº de RN com peso ≤ 2000 gr Denominador: Nº de nados vivos	Inquéritos/ Supervisões/Registos da US	Inquéritos (quinquénios), Supervisões de rotina (anual)
Cobertura de MMC: % RN que receberam cuidados MMC na US	Numerador: Nº de RN admitidos na unidade de MNC Denominador: Nº esperado de RN vivos ou Nº de RN com baixo peso à nascença	Numerador: Livro de MMC Denominador: Livro da maternidade	Mensal (rotina SIS-MA)
Monitoria de MMC : % RN monitorados na unidade de MMC de acordo	Numerador: Nº de RN seguidos na unidade de MMC de acordo ao protocolo nacional	Ficha individual de seguimento do RN na unidade de MMC (supervisões e visitas e monitoria)	Anual

com protocolo standard**	(correcto registo e preenchimento do processo individual) Denominador: Nº de RN admitidos na unidade de MMC		
RN atendidos na Unidade de MMC com critérios de saída registados	Numerador: Nº de RN com 1- alta clínica, 2- óbito, 3 -transferido para, 4 - abandono Denominador: Nº de RN que tiveram alta da unidade de MMC	Livro de registos de MMC	Mensal (rotina SIS-MA)
% de RN que tiveram controle clínico após alta clínica da Unidade de MC	Numerador: Nº de RN que tiveram controle clínico após alta da unidade de MMC Denominador: Nº de RN que tiveram alta clínica da Unidade de MC	Numerador: Ficha individual de MMC (proposta) Denominador: Livro de MMC (resumo mensal)	Supervisões/Monitoria (trimestral)
*O indicador internacional permite usar como base < 2500 gr , já que muitos países recolhem este valor como crianças com baixo peso nos seus sistemas de informação, no lugar de < 2000 gr .			

** Protocolos *standard* do país (correcto preenchimento do processo individual do paciente em cuidados MMC)

Nota:

Alguns aspectos a considerar, relacionados com a monitoria do MMC:

- A colecta dos dados deve começar 6 meses antes do início da implementação real dos serviços de MMC. Isto é importante pois será usado para comparar o impacto da introdução dos serviços de MMC na sobrevivência, e em outros aspectos dos cuidados com o RN de BxPN na US;
- Os dados do MMC devem ser registrados diariamente (no livro de registos do internamento) e mensalmente (no folha de resumo mensal) e analisados de acordo com os indicadores (tabela 13);
- Idealmente, todos os dados de MMC devem ser analisados mensalmente. Esta informação deve ser partilhada com o pessoal de MMC de modo a promover debates sobre os resultados, e sobre a continuidade do MMC, e pode ser partilhada com os parceiros de implementação para melhor tomada de decisão;
- O fluxo de dados deve iniciar no quarto/enfermaria de MMC, seguindo-se a US, o SDSMAS, a DPS e o MISAU (SIS-MA);
- As visitas de supervisão poderão apoiar na monitoria dos progressos da implementação do MMC na US;
- A monitoria do MMC pode ser incorporada em outros mecanismos de rastreamento e avaliação da qualidade de cuidados aos RN de BxPN.



Figura 32 – Verificação dos livros de registo (Fonte: *Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies. APP, 2015*)

EXERCÍCIOS

O formador deve orientar os formandos para que abram a página correspondente aos exercícios, no Manual do Formando, e deve indicar quais os exercícios que deverão ser resolvidos e qual a metodologia (ex: grupo ou individualmente). O formador deve ter a certeza de que todos os formandos perceberam o tema assim como os exercícios.

Exercício 1 (exercício em grupo) - Preencha o Livro de Registos de MMC de acordo com a informação abaixo.

Inominada de Paula, sexo feminino, nasceu no dia 15/3/2019 de parto normal, no Centro de Saúde "X" com 34 semanas de gestação e pesava 1850 gramas. A mãe tinha 36 anos, G4P3A0V3, seropositiva para o HIV (em TARV) e VDRL negativo. Não teve intercorrências durante a gravidez. Ao nascimento o RN estava bem e foi internada na enfermaria de MMC no mesmo dia do seu nascimento. Ao exame físico tinha 34 cm de perímetro craniano, 47 cm de comprimento. Esteve internada até ao dia 30/3/2019 e durante o seu internamento fez Aleitamento Materno Exclusivo, teve conjuntivite que foi tratada com Tetraciclina Oftálmica (pomada) tendo melhorado. Teve alta clínica e na altura da alta pesava 2200 gramas. A mãe recebeu orientações para continuar o MMC em casa e para fazer visitas de seguimento na enfermaria de MMC até o RN pesar 2500 gramas.

CHAVE DE RESPOSTAS

1	2	3	4	5	6	7	IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO (SEMANAS)				Tipo de parto			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	Parâmetros antropométricos ao nascimento				40	41						
							<28 semanas	28-32 semanas	32-34 semanas	34 a <37 semanas	Eutóxico	Cesariana	Ventosa																		Outras/técnicas	Resultado de HIV da Mãe	Resultado do teste de Sífilis da Mãe	Resultado do teste de Hepatite B da mãe			Outras serologias maternas	Local do Parto	M	F	Indeterminado	Peso ao nascimento
		15/03/19	15/03/19	Ina. de Paula	36	-	-	-	X	-	-	-	-	Pos	Inde	Inde	Pos	Pos	Pos	Pos	1850	-	-	X	47	34	X	-														

42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	
																																									Nome do profissional de saúde e categoria
-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	Conjuntivite	F28.1	Tetraciclina Oftálmica	17<7	30/3/19	2200	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	X	-	-	-	Enfa. Cate

Exercício 2- Tendo em conta a seguinte informação, relacionada à estatística do MMC no Centro de Saúde de “Y”, em 2019, calcule:

- Número de RN admitidos na unidade de MMC em 2019 – 150
- Total de nascidos vivos em 2019 - 1650
- Número de nascidos vivos com < 2500 gramas em 2019 -86
- Número de altas clínicas da unidade de MMC em 2019 – 95
- Número de óbitos na unidade de MMC em 2019 – 15
- Número de abandonos na unidade de MMC – 32
- Número de transferidos da unidade de MMC – 8
- Número de RN que fizeram seguimento após a alta - 50

CHAVE DE RESPOSTAS

Calcule:

- a) Cobertura do MMC – 9%
- b) Percentagem de RN com peso < 2500 gramas – 5,2%
- c) Percentagem de altas de MMC - 63, 3%
- d) Percentagem de RN que fizeram seguimento após alta de MMC - 52,6%
- e) Percentagem de óbitos no MMC – 10%

UNIDADE DIDÁTICA 8 – Alcançar competências no MMC

Objectivo geral:

- Demonstrar competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) no MMC atendendo aos critérios de competências teóricas e práticas.

Resultados de aprendizagem:

- Realizar uma avaliação dos conhecimentos teóricos após a formação do MMC;
- Realizar uma avaliação das habilidades práticas após a formação do MMC .

Sessão 8.1. Introdução

No final da formação do MMC, todos os formandos deverão ser avaliados. Os métodos de avaliação serão os seguintes:

- Avaliação escrita do conhecimento sobre o MMC, após a formação, através de um pós-teste;
- Avaliação prática através da lista de verificação de habilidades sobre o MMC.

Sessão 8.2. Avaliação dos conhecimentos teóricos após a formação do MMC

No final da formação, os formandos devem ser solicitados a completar o mesmo questionário de avaliação de conhecimentos que completaram no início da formação (pré-teste). Após a realização deste questionário, o formador deve classificá-los. Será considerada uma nota positiva se 75% das respostas estiverem correctas (*ver o pós-teste no anexo 1*).

Sessão 8.3. Avaliação de habilidades práticas

Será feita uma avaliação prática e individual para cada formando, utilizando os seguintes materiais:

- Lista de verificação de habilidades sobre o MMC;
- Manequins e/ou modelos e outros itens de implementação do MMC.

Depois de completar a lista de verificação para cada formando, some a pontuação. Uma nota satisfatória é alcançada quando há uma pontuação de "1" para cada etapa, devendo o número de etapas ser igual ao número de pontos necessários para alcançar competência. O formador assina e escreve a data da avaliação após a conclusão. O formando deve pontuar 18 (ou 90%) nesta lista de verificação. Para as etapas em que o formando não obtiver "1", o formador deve rever a etapa e solicitar que o participante a repita.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE HABILIDADES / COMPETÊNCIAS SOBRE O MMC	
Nome do formando:	
<u>CASO CLÍNICO</u>	
Instrução para o Avaliador: <i>Leia a seguinte situação e instruções para o formando:</i>	
<p>Você está cuidando de uma mãe e do seu RN com baixo peso ao nascer. O RN chorou ao nascer e não precisava de reanimação. A mãe não teve complicações durante o parto. O RN mamou na 1ª hora e também recebeu profilaxia oftálmica e vitamina K durante a 1ª hora após o nascimento. Você está pronto para ajudar a mãe a começar o contacto pele-a-pele com RN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por favor, explique as informações que você fornecerá à mãe e à família sobre os motivos do contacto pele-a-pele nos cuidados de um RN com baixo peso ao nascer. (Observação: essas informações podem ser fornecidas em qualquer ordem.) 	
PASSOS	PONTUAÇÃO (0 ou 1)
1-Explica que o contacto pele-a-pele é a melhor maneira de cuidar do RN com baixo peso ao nascer, começando o mais rápido possível após o nascimento.	
2-Explica que os cuidados no contacto pele-a-pele: Ajudam a estabilizar a temperatura do RN, mantém o RN perto das mamas da mãe permitindo pequenas e frequentes mamadas sempre que ele precisa, promove um ganho de peso mais	

rápido do RN. Protege o RN de lesões e infecções e reduz a mortalidade de RN.		
3-Explica que a mãe é a melhor pessoa para oferecer o contacto pele-a-pele porque o leite materno ajuda o RN a resistir das infecções que está exposto. Ninguém mais pode dar ao RN esta especificidade protecção contra infecções.		
<i>Avaliador - Agora diga ao formando: "Por favor, demonstre como ensinar a mãe a fazer contacto pele-a-pele (MMC) com o seu RN com baixo peso ao nascer."</i>		
4. Explica que ele/ela ensinará a mãe como fazer contacto pele-a-pele para que ela possa depois fazer isso sozinha.		
5. Lava as mãos e seca numa toalha limpa ou seca ao ar. Explica à mãe que ela também deve lavar as mãos antes de pegar o RN e orienta que ela lave as mãos.		
6. Explica que o RN deve estar nu, excepto com uma fralda, meias e um gorro. Demonstra despindo o RN, e deixando-lhe somente com uma fralda, meias e um gorro.		
7. Explica que o RN será colocado em contacto com a pele da mãe, dentro das suas roupas quentes		
8. Ajuda a mãe a colocar o RN na posição vertical entre as mamas, os pezinhos abaixo das mamas e mãos acima.		
9. Ajuda a mãe a colocar o RN de maneira que fique peito com peito com a cabeça do RN virada para o lado.		
10. Mostra à mãe como embrulhar o RN com firmeza no corpo: Coloca o centro de um pano longo na parte traseira do RN com o peito em contacto com o peito da mãe. Atravessa as extremidades do pano pelas costas da mãe, traz de volta e faz um nó em frente em baixo do corpo do RN		

11. Mostra a mãe como amarrar o pano ou a capulana com força suficiente para mantê-lo em contacto pele-a-pele, deixe espaço suficiente para que o RN possa respirar facilmente. Referir que o RN não deve escorregar quando a mãe estiver de pé ou quando ela se mover.		
12. Mostra à mãe como apoiar a cabeça do RN puxando o pano ou capulana abaixo da orelha.		
13. Ajuda a mãe a vestir sua própria roupa (ex: vestido ou blusa folgada) sobre o RN. Deve ser aberto o suficiente para facilitar a amamentação e o rosto do RN não deve ser coberto.		
14. Lava as mãos e enxague em um pano limpo ou deixe secar ao ar livre.		
<i>Avaliador - Agora diga ao formando: "Por favor, explique que outras informações sobre contacto pele-a-pele você dará à mãe e à família."(Nota: esta informação pode ser fornecida em qualquer ordem.)</i>		
15. Aconselha a mãe a realizar suas actividades normais com o RN em contacto com pele-a-pele.		
16. Aconselha a mãe a manter uma posição vertical ou parcialmente vertical e dormir com a metade superior do corpo um pouco elevada para manter o RN em uma posição de cabeça para cima.		
17. Aconselha a mãe a desapertar o pano ou a capulana para amamentar em livre demanda, pelo menos a cada 2-2½ horas.		
18. Explica que outros membros da família devem ajudá-la para o que quer que mãe e o RN precisem para evitar separá-los, quando possível. Explica que a mãe precisará de muito apoio.		

<p>19. Explica que outro membro da família pode substituir a mãe fazendo o contacto pele-a-pele quando necessário, num período muito curto para que a mãe descanse.</p>		
<p>20. Explica que a mãe e a família devem fazer o contacto pele-a-pele continuamente 24 horas por dia (dia e noite) até o RN pesar pelo menos 2500 gr. Depois disso, ele pode ser desmamado gradualmente do contacto pele-a-pele, levando mais tempo sem o contacto pele-a-pele até que ele possa habituar-se.</p>		

Referências consultadas

- American Academy of Pediatrics, Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies (2015). <http://internationalresources.aap.org/Resource/Home>
- American Academy of Pediatrics, Helping Mothers Survive. Threatened Preterm Birth Care (2016).
- Behrman R.E. & Vaughan V.C. Nelson Text book of Pediatrics. 19th Edition. W.B Saunders Company. Philadelphia (2018).
- Bowden & Greenburg. Enteral feeding tubes. Pediatric Nursing Procedures, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins. (2012).
- Federal Ministry of Health from Abuja; Kangaroo mother care training manual (2008).
- Healthy Newborn Network. (2017). <https://www.healthynewbornnetwork.org/>
- <https://nurturing-care.org/>
- Ministério da Saúde – Brasília. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Cuidados com o recém-nascido prematuro. (2011).
- Ministério da saúde-Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido. Método Canguru. Diretrizes de Cuidado (2018).
- Ministério da saúde-Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido. Método Canguru. Manual Técnico (2011).
- Ministry of Health and Family Welfare Government of India. Child Health Division Kangaroo Mother Care & Optimal feeding of low birth weight infants (2014)
- Ministry of health and social welfare kangaroo mother care in Tanzania facilitator manual (2008).
- Ministry of health and social welfare kangaroo mother care in Tanzania trainee manual (2008).
- MISAU-DNSP. Título: Manual de Formação: de Método Mãe Canguru,(2020).
- Rejane cavalcante, et. Al. Manual de habilidades profissionais. Atenção à saúde do recém-nascido, (2019).
- Sonia Isoyama Venancio, Honorina de Almeida. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Jornal de Pediatria - Vol. 80, N°5(Supl). (2004)
- UNICEF. Cuidados com o bebê (2020)
- UNICEF. Every child alive. The urgent need to end newborn deaths. (2018).

- UNICEF-WHO. Low birthweight estimates. Levels and trends 2000-2015 (2019).
- USAID/MCHIP. Community Kangaroo Mother Care (CKMC) Complementary Module for HEWs Facilitator's Guide (2012).
- WHO, United Nations Population Fund, UNICEF, The World Bank. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. 3rd ed. (2015). [http://www.who.int/maternal child adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/).
- WHO. Guideline: Protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services. (2017).
- WHO. Kangaroo Mother Care– A Practical Guide. WHO. Geneva (2003)
- WHO. Thermal Protection of the Newborn. WHO/RHT/MSM/97.2 Geneva (1997)
- WHO. Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn (2019).

ANEXOS

ANEXO 1 - Avaliação de conhecimentos pré e pós-formação

- Antes de iniciar a formação/treino, os formandos devem responder ao questionário abaixo, em 30 minutos para permitir ao formador pontuar e analisar as respostas o mais rápido possível, por forma a conhecer melhor o nível de conhecimentos dos formandos sobre o MMC e assim poder incidir nas necessidades individuais de aprendizagem.
- No final da formação, os formandos devem ser solicitados a completar o mesmo questionário de avaliação de conhecimento que completaram no início (agora denominado de pós-teste). Após o preenchimento deste questionário, o formador deve recolher os questionários e classificá-los. Será considerada uma nota positiva se 75% das respostas estiverem correctas.

Pré-teste/Pós-teste

Nome: _____ Data: __/__/__

Categoria: _____ Proveniência: _____

Instruções: Após preencher o seu nome, a data, a categoria e a proveniência, circule uma única resposta, a resposta mais correcta, para cada pergunta

1. Nasiru é um RN do sexo masculino que nasceu com 2000 gr. O RN Nasiru é:

- a) Peso normal para um RN a termo
- b) Baixo peso ao nascimento
- c) Muito baixo peso ao nascimento
- d) Peso acima do normal para RN do sexo masculino

2. Qual é a chance de sobrevivência do RN Nasiru?

- a) Igual ao dos outros RN em sua comunidade
- b) Melhor do que um RN masculino médio
- c) Menor que os RN com peso ao nascer de 2500 gramas
- d) Um pouco menor do que os RN com muito baixo peso ao nascer

3. Os RN com BxPN têm maior probabilidade de ter um problema com:

- a) Baixo nível de açúcar no sangue
- b) Calor
- c) Infecções
- d) Todas as opções acima

4. Um RN de BxPN típico se beneficiará mais com:

- a) Um banho logo após o nascimento para prevenir a infecção
- b) Contacto prolongado pele-a-pele com a mãe
- c) Antibióticos por injeção
- d) Uma pequena quantidade de água açucarada no primeiro dia de vida

5. O cuidado da mãe canguru é um método que:

- a) Só deve ocorrer em hospitais
- b) Só deve ser praticada pela mãe biológica
- c) Ambos a e b
- d) É um método natural para cuidar de RN com BxPN

6. As vantagens do MMC em comparação com os cuidados convencionais incluem:

- a) Pode ser feito pelos outros membros da família se a mãe estiver ocupada
- b) Custo semelhante ao cliente
- c) Promove a amamentação do RN
- d) Maior acesso a cuidados qualificados devido a maior permanência no hospital

7. A duração do MMC depende de todos os seguintes itens, excepto:

- a) A condição do RN
- b) O peso do RN
- c) O método de planeamento familiar que a mãe decide usar
- d) Como o RN tolera o MMC

8. O RN Sarah nasceu com 34 semanas de gestação e está sendo preparado para o MMC. A parteira deve vestir a RN Sarah com as roupas a seguir para garantir que ela fique quente

- a) Meias
- b) Uma camisa de mangas compridas
- c) Um chapéu para cobrir a cabeça
- d) Meias, uma fralda e um gorro para cobrir a cabeça

9. A parteira explica que os RN podem perder calor quando:

- a) O RN permanece no MMC por muitas horas
- b) O banho está atrasado por mais de 24 horas
- c) Ficam nus e são colocados numa superfície fria
- d) Anti-sépticos são aplicados ao cordão

10. O pai de Sarah do RN quer ajudar a cuidar de sua filha. Qual das seguintes tarefas ele pode fazer com segurança enquanto pratica o MMC?

- a) Tome banho
- b) Nadar em águas rasas
- c) Jogue uma partida curta de futebol
- d) Dormir numa posição semi-sentada de modo a manter a posição vertical do RN.

11. O RN Ngozi nasceu em casa e agora está sendo tratado com o MMC. O de reflexo sucção está presente, mas não muito forte. Para garantir que o RN Ngozi receba o suficiente para a sua nutrição, a parteira ensina a mãe a:

- a) Dê fórmula infantil com copinho
- b) Leite materno espremido em mamadeira (biberão)
- c) Dê água com açúcar entre os alimentos
- d) Administrar leite materno espremido e administrado com copinho

12. Todos os itens a seguir são verdadeiros sobre alimentação com copinho, excepto:

- a) Durante a alimentação com copinho, é mais fácil respirar do que na alimentação utilizando o biberon

- b) O RN não pode controlar a quantidade de leite ingerida
- c) Durante a alimentação com copinho, a acção da mandíbula prepara o RN para a amamentação mais tarde
- d) A amamentação com copinho, consome menos energia do que o biberon

13. A quantidade e a frequência de alimentação do RN Ngozi durante as duas primeiras semanas dependerão de:

- a) Seu peso ao nascer
- b) A idade dela
- c) Quanto ela dorme
- d) Peso e idade de nascimento

14. Enquanto observa uma mãe expressando o leite materno, o médico percebe que ela massageia o peito de fora para o mamilo. O médico incentiva a mãe a:

- a) Massageie o peito na direcção oposta
- b) Massageie os dois seios ao mesmo tempo
- c) Continue com esta técnica correcta
- d) Todas as opções acima

15. A alimentação com sonda é recomendada para todos os RN com baixo peso ao nascer que:

- a) Pesa menos de 1000 gramas
- b) Não pode alimentar o copo
- c) Não pode amamentar
- d) Ambos a e b estão correctos

16. A alimentação precoce de RN com baixo peso ao nascer pode resultar em:

- a) Mais desidratação e eventual hipoglicemia
- b) Aumento do ganho de peso
- c) Alta incidência de vômitos e diarreia em bebés prematuros
- d) Esvaziamento gástrico lento em bebés com menos de 37 semanas

17. Os cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família incluem:

- a) Separação zero entre mãe e o RN
- b) Separação da mãe e do RN para fazer procedimentos no RN
- c) Separação da mãe e do RN para cuidados da própria mãe
- d) Separação da mãe e do RN se a mãe teve parto cesariana

18. Os cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família incluem:

- a) Controle da dor e da estresse do RN
- b) Proteger o sono do RN
- c) Proteger a pele do RN
- d) Todas as opções acima

19. A mãe e os acompanhantes podem estimular o desenvolvimento do RN de forma suave, fazendo o seguinte:

- a) Baloçando o RN
- b) Conversando e cantando baixo para o RN
- c) Dando brinquedos ao RN
- d) Levando o RN para passeios.

20. Os pais devem ser envolvidos em todos os cuidados do RN na enfermaria, porque desta forma:

- a) Os provedores de saúde terão menos trabalho
- b) Os pais não irão ficar aborrecidos
- c) Os pais vão ganhar auto-confiança e capacidades de cuidar do seu RN
- d) Os pais irão perceber como é difícil o trabalho dos provedores.

21. Os sinais de perigo nos RN com BxPN são:

- a) Diferentes dos sinais de perigo dos RNs com peso normal
- b) Não são tão comuns como nos RN com peso normal
- c) Sérios e incluem problemas de alimentação e respiração
- d) Não são muito sérios, pois o RN é pequeno

22. O cuidado essencial ao RN deve ser para TODOS os RN, independentemente do peso, e deve incluir os seguintes?

- a) Cuidados com o cordão umbilical
- b) MMC intermitente
- c) Medicamentos preventivos para a malária
- d) Todas as opções acima

23. Um RN na enfermaria/quarto de MMC fica doente e precisa ser transferido. Durante a transferência, o enfermeiro deve incentivar o seguinte, excepto:

- a) A mãe mantém o RN em contacto pele-a-pele durante o transporte
- b) Durante a transferência recomenda-se que seja colocado um soro em veia periférica.
- c) A mãe deve manter o RN em um berço para evitar infecção cruzada
- d) A mãe e a equipe de saúde devem garantir que o RN receba oxigénio periodicamente durante o encaminhamento

24. Uma mãe pratica o MMC em casa há quatro semanas. Seu RN agora pesa 2500 gramas. Quando ela retorna para uma visita de seguimento, o médico avisa que ela pode:

- a) Continue o MMC até o RN ganhar mais peso
- b) Interrompa o MMC se o RN estiver bem
- c) Retorno em duas semanas para uma visita de seguimento
- d) Nenhuma das respostas acima é apropriada para este RN

Pré-teste/Pós-teste - CHAVE DE RESPOSTAS

Pergunta	Chave		Pergunta	Chave
1	b)		13	a)
2	c)		14	c)
3	d)		15	d)
4	b)		16	b)
5	d)		17	a)
6	c)		18	d)
7	c)		19	b)
8	d)		20	c)
9	c)		21	c)
10	d)		22	a)
11	d)		23	c)
12	b)		24	b)

ANEXO 2 - Listas de verificação

Lista de verificação 2.1- Exame físico de um RN com BxPN

Coloque um “S” no espaço do caso se o passo/tarefa for satisfatoriamente executado, um “I” se tiver sido executado insatisfatoriamente, ou um “N/O” se não tiver sido observado.

- **Satisfatório:** Executa o passo de acordo com o procedimento ou directrizes padrão.
- **Insatisfatório:** Incapaz de executar o passo ou tarefa de acordo o procedimento ou directrizes padrão.
- **Não Observado:** Passo, tarefa ou habilidade não executada pelo participante durante a avaliação pelo formador.

Formando _____ Data da Observação ____/____/____

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O EXAME FÍSICO DE UM RECEM-NASCIDO COM BxPN (Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
1. Prepare o equipamento que irá precisar (superfície limpa, termómetro, relógio, cronómetro, balança e panos limpos)					
2. Explique à mãe e a família o que irá fazer e encoraje-lhes a fazer perguntas					
3. Lave as suas mãos com sabão e água					
4. Limpe-as com um pano seco ou deixe secar ao ar					
5. Coloque luvas (não é necessário estarem esterilizadas)					
COMPETÊNCIA/ACTIVIDADE SATISFATORIAMENTE EXECUTADA					
COLHEITA DA HISTÓRIA CLÍNICA					

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O EXAME FÍSICO DE UM RECEM-NASCIDO COM BxPN (Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
6. Peça a mãe para olhar para o seu registo da CPN para identificar: (1) a sua data prevista para o parto e; (2) se ela teve/tem alguns problemas de saúde que poderão afectar o RN.					
• Sífilis					
• Tuberculose					
• HIV/ SIDA					
• Bolsa de água rota antes do parto ou há mais de 12horas					
• Febre durante o parto					
7. Pergunte a mãe o que é que ela observou no RN					
8. Pergunte se o RN já defecou mecónio e se já urinou.					
9. Ouça todas as preocupações que a mãe e/ou a família tiverem relacionadas com a saúde do RN					
COMPETÊNCIA/ACTIVIDADE SATISFATORIAMENTE EXECUTADA					
EXAME FÍSICO					
10. A durante o exame físico:					
• O RN deve ser mantido aquecido, por isso mantenha livres apenas as partes que estão sendo examinadas enquanto a cabeça deve estar coberta.					
• Explique à mãe e à família que irá responder a quaisquer perguntas que forem colocadas.					
• Segure o bebé com cuidado.					

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O EXAME FÍSICO DE UM RECEM-NASCIDO COM BxPN (Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
11. Pese o RN (caso o peso não esteja registado).					
12. Preste atenção a actividade e aos movimentos do RN.					
13. Verifique a cor e a condição da pele do RN (manchas, outras anomalias de cor-de-rosa, azuis, cinzentas ou pálidas, icterícias brilhantes ou com crosta, duras ou finas).					
14. Avalie a temperatura do RN (usando um termómetro).					
15. Examine a cabeça, o rosto, pescoço e a boca:					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique os contornos do crânio e procure sentir suturas normais, fontanela, cabeça e lesões. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Procure quaisquer anomalias no rosto, especialmente movimentos assimétricos. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique se os olhos apresentam uma aparência anormal (ex: opacidade). 					
<ul style="list-style-type: none"> • Palpe o palato duro com o dedo indicador para ver se está intacto. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique o pescoço para ver as anomalias. 					
16. Examine o tórax:					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique movimentos assimétricos. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Conte a frequência respiratória (faça a contagem respiratória num minuto). 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique os batimentos cardíaca e o pulso. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique se a caixa torácica tem anomalias, retrações, faringe, sinais de dificuldade de respirar. 					

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O EXAME FÍSICO DE UM RECEM-NASCIDO COM BxPN (Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> • Cianose. 					
17. Examine o umbigo para avaliar se tem sangramento:					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifica que o cordão umbilical está bem laqueado. 					
18. Examine os órgãos genitais para avaliar se tem anomalias:					
<ul style="list-style-type: none"> • Nos rapazes verifique a posição da abertura da uretra, ânus e escroto (sinta o escroto para efeitos de teste). 					
<ul style="list-style-type: none"> • Nas raparigas verifique a presença de uretra, aberturas vaginal/ânus e lábios. 					
19. Examina a coluna vertebral para verificar se tem anomalias:					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique o comprimento da coluna vertebral e avalie se existem anomalias. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique a postura do RN (membros inferiores, posição de sapo, flexão total) 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique a abdução das ancas 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique os dedos dos pés e das mãos (postura de flexão) 					
<ul style="list-style-type: none"> • Verifique as rugas na planta dos pés (nenhuma, poucas, em toda a parte) 					
COMPETÊNCIA/ACTIVIDADE SATISFATORIAMENTE EXECUTADA					

Lista de verificação 2.2 - Posição Canguru

Coloque um “S” no espaço do caso se o passo/tarefa for satisfatoriamente executado, um “I” se tiver sido executado insatisfatoriamente, ou um “N/O” se não tiver sido observado.

- **Satisfatório:** Executa o passo de acordo com o procedimento ou directrizes padrão.
- **Insatisfatório:** Incapaz de executar o passo ou tarefa de acordo o procedimento ou directrizes padrão.
- **Não Observado:** Passo, tarefa ou habilidade não executada pelo participante durante a avaliação pelo formador.

Formando _____ Data da Observação ____/____/____

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA POSIÇÃO CANGURU					
(Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
1. Explique o que irá fazer e encoraje a mãe/família a fazer/em perguntas					
2. Vista o RN com uma fralda, gorro e meias					
3. Instrua a mãe a vestir roupas com a parte superior aberta					
4. Coloque o RN na posição vertical em contacto directo pele-a-pele entre as mamas numa posição parecida com a de rã.					
5. Segure o RN encostado ao peito da mãe:					
• Mantenha apoio ao RN com a mão da mãe					
• Cubra o RN com um pano/capulana/lençol					
• A parte superior do pano deve estar sob as orelhas do RN					
• A parte inferior do pano deve estar encostada à parte inferior das nádegas do RN					

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA POSIÇÃO CANGURU					
(Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> • Garanta que a parte apertada do pano esteja na parte traseira da mãe (costas) 					
<ul style="list-style-type: none"> • O abdómen do RN não pode estar contraído 					
<ul style="list-style-type: none"> • O RN deve ser capaz de respirar 					
<ul style="list-style-type: none"> • Amarre o pano de forma segura nas costas da mãe 					
6. Cubra o RN com um cobertor que deve ficar preso debaixo dos braços da mãe					
7. Garanta que a mãe seja capaz de realizar os passos do processo sozinha					
COMPETÊNCIA/ACTIVIDADE SATISFATORIAMENTE EXECUTADA					

Lista de verificação 2.3- Admissão de um RN BxPN na enfermaria/quarto de MMC

Coloque um “S” no espaço do caso se o passo/tarefa for satisfatoriamente executado, um “I” se tiver sido executado insatisfatoriamente, ou um “N/O” se não tiver sido observado.

- **Satisfatório:** Executa o passo de acordo com o procedimento ou diretrizes padrão.
- **Insatisfatório:** Incapaz de executar o passo ou tarefa de acordo o procedimento ou diretrizes padrão.
- **Não Observado:** Passo, tarefa ou habilidade não executada pelo participante durante a avaliação pelo formador.

Formando _____ Data da Observação ____/____/____

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA ADMISSÃO DE UM RN BxPN BO QUARTO/EMFERMARIA DE MMC (Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
1. Explique o que você irá fazer e encoraje a mãe/família a colocar/em perguntas					
2. Vista o RN com uma fralda, gorro e meias					
3. Faça uma revisão dos registros (da sala de parto ou as notas de transferência)					
4. Faça uma breve avaliação das condições do RN incluindo a cor e os sinais vitais					
• Temperatura					
• Frequência respiratória					
• Frequência cardíaca					

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA ADMISSÃO DE UM RN BxPN BO					
QUARTO/EMFERMARIA DE MMC					
(Alguns dos passos/tarefas abaixo podem ser executados simultaneamente.)					
PASSO/TAREFA	CASOS				
	1	2	3	4	5
5. Pese o RN					
6. Faça um exame clínico ao RN					
7. Comunique os resultados à mãe em relação ao exame físico					
8. Aconselhe a mãe acerca do MMC:					
• Iniciação do MMC					
• Manutenção do MMC					
• Alimentação do RN					
• Posição do RN canguru					
• Vantagens do MMC					
• Sinais de perigo do RN					
• Apoio familiar					
9. Documente o seguinte:					
• Registe a informação no livro de registos do quarto/enfermaria de MMC e faça uma tabela dos sinais vitais do RN com BxPN					
COMPETÊNCIA/ACTIVIDADE SATISFATORIAMENTE EXECUTADA					

Lista de verificação 2.4 - Requisitos para implementação de uma enfermaria/quarto de MMC

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA REQUISITOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMARIA/QUARTO DE MMC (Guia de visita)	
ITEMS/ÁREAS A SEREM AVALIADOS	COMENTÁRIOS
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermaria/quarto de MMC está próximo da maternidade e ou serviço de neonatologia/berçário 	
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermaria/quarto de MMC possui boa ventilação 	
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermaria/quarto de MMC possui boa iluminação 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existem casas de banho (com pelo menos 1 chuveiro e 1 vaso sanitário para 10 camas)? 	
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermaria/quarto de MMC possui janelas que se podem fechar para evitar correntes de ar 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existe fonte de alimentação eléctrica, com uma tomada para cada duas camas, para conexão de aquecedores e outros aparelhos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existem camas, colchões, almofadas, lençóis e mantas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • As roupas para mães e RN (batas, gorros, meias, cobertores/mantas, capulana) estão disponíveis 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existem itens para a alimentação (copinhos, sondas naso/orogástricas) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existe bacia plástica para a descontaminação de material (copinhos e sondas naso/orogástricas) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existe balança de prato 	
<ul style="list-style-type: none"> • A cadeira para a mãe é confortável 	
<ul style="list-style-type: none"> • Estão disponíveis artigos variados para actividades recreativas (ex: lã, agulhas, revistas, jogos de tabuleiro, rádio, TV) 	

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA REQUISITOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMARIA/QUARTO DE MMC (Guia de visita)	
ITEMS/ÁREAS A SEREM AVALIADOS	COMENTÁRIOS
<ul style="list-style-type: none"> Existem cacifos/armários para as mães 	
AMAMENTAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> A equipe apoia as boas práticas de amamentação 	
<ul style="list-style-type: none"> A equipe aconselha às mães e famílias antes da alta 	
<ul style="list-style-type: none"> Se um RN não puder amamentar, que método é usado para alimentar o RN (colher, copinho)? 	
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO (PCI)	
<ul style="list-style-type: none"> Usam boas práticas de limpeza ambiental (boa frequência de limpeza, uso de solução de descontaminação / sabão limpar camas, mesas, pisos, maçanetas) 	
<ul style="list-style-type: none"> Boas práticas de lavagem das mãos 	
<ul style="list-style-type: none"> Use todas as etapas correctamente para preparar o equipamento e suprimentos (descontaminação, limpeza, alto nível desinfecção ou esterilização) 	
<ul style="list-style-type: none"> Descartam adequadamente os itens contaminados 	
MANTENDO OS RN AQUECIDOS	
<ul style="list-style-type: none"> Os RN são mantidos, sem roupa (com apenas fralda, meias e gorro) directamente em contacto pele-a-pele com a mãe 	
<ul style="list-style-type: none"> Os RN e a sua mãe são mantidos cobertos com manta/cobertor? 	
<ul style="list-style-type: none"> A temperatura a temperatura do RN é monitorada regularmente? 	
CUIDADOS DE DESENVOLVIMENTO CENTRADOS NO RN E NA FAMÍLIA	
<ul style="list-style-type: none"> Há separação zero entre o RN e a mãe/cuidador 	
<ul style="list-style-type: none"> A mãe está envolvida em todos os cuidados e decisões sobre o RN 	

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA REQUISITOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMARIA/QUARTO DE MMC (Guia de visita)	
ITEMS/ÁREAS A SEREM AVALIADOS	COMENTÁRIOS
<ul style="list-style-type: none"> • As dores e o estresse do RN estão controlados (os procedimentos estão agrupados, a luz e o som na enfermaria são baixos etc.) 	
<ul style="list-style-type: none"> • O sono do RN está a ser protegido (ex: o RN pode dormir sem interrupção) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o RN não está no MMC, ele tem um bom posicionamento (ex: no "ninho") 	
<ul style="list-style-type: none"> • A mãe é capaz responder aos sinais do RN a a fazer os estímulos suaves a ele 	
COMUNICAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE COM A MÃE/FAMÍLIA	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde mostra respeito 	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde fala claramente, usando palavras que a mãe/ família conhecem 	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde ouve atentamente a mãe/família 	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde não julga 	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde usa uma boa linguagem corporal (ex: sorri, mantêm contacto visual enquanto conversa e ouve, usa uma voz suave, mantêm-se a altura do seu corpo no mesmo nível do da mãe / família) 	
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde mostra paciência 	
ASSESSORIA DO PESSOAL DE SAÚDE COM A MÃE/FAMÍLIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a mãe e a família sentirem-se bem-vindas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fazer perguntas claras 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações claras, úteis e correctas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a mãe e a família a fazerem as suas próprias escolhas 	

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA REQUISITOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMARIA/QUARTO DE MMC (Guia de visita)	
ITEMS/ÁREAS A SEREM AVALIADOS	COMENTÁRIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar mãe e família a lembrarem-se do aconselhamento realizado 	
<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe e a família 	
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o seguimento necessário para o RN 	

ANEXO 3 - Agenda da formação no MMC

Esta agenda é ilustrativa para uma formação com duração de cinco dias. Contudo, quando formador organizar a formação, ele poderá adaptar o tempo com base na experiência dos participantes e tempo disponível. Para a sessão de recapitulação diária, seleccione e informe um ou dois participantes com antecedência. Incentive-os a usarem, sempre que possível, métodos participativos.

Horas	Actividade	Responsável
DIA 1		
Introdução		
7:30-8:00	Registo dos participantes	Secretariado
8:00-8:30	Boas-vindas e apresentação dos participantes	Formadores
8:30-8:45	Regras básicas e aspectos administrativos	Formadores
8:45-9:00	Expectativas dos participantes e formadores	Formadores
9:00-9:15	Apresentação dos objectivos da formação e metodologia	Formadores
9:15-9:45	Pré-teste	Participantes
9:45-10:00	INTERVALO	
Unidade 1 - Introdução aos RN prematuros ou com BxPN		
10:00-10:30	Visão geral/Introdução aos RN prematuros e com BxPN/ Definição do BxPN e prematuridade	Formadores
10:30-11:00	Identificar os RN prematuros e com BxPN	Formadores
11:00-11:15	Principais causas do BxPN	Formadores
11:15-11:30	Necessidades e principais problemas dos RN com BxPN	Formadores
11:30-12:30	Exercícios/Lista de verificação sobre o " Exame físico de um RN com BxPN"	Participantes
12:30-13:30	ALMOÇO	
Unidade 2 - Método Mãe Canguru para RN com BxPN		
13:30-14:00	Visão geral/História do MMC	Formadores
14:00-15:00	Definição do MMC/Características, vantagens e problemas do MMC e da incubadora	Formadores
15:00-15:30	Tipos de MMC/Como praticar o MMC	Formadores
15:30-16:00	Nutrição durante a implementação do MMC	Formadores
16:00-16:15	Avaliação do final do dia	Participantes
DIA 2		
8:00-8:30	Resumo do dia anterior	Formadores
8:30-9:30	Cuidados que apoiam o desenvolvimento do RN com BxPN	Formadores
9:30-10:00	Monitoria do crescimento de um RN com BxPN	Formadores
10:00-10:15	INTERVALO	
10:15-11:15	Apoio emocional e físico	Formadores
11:15-13:00	Exercícios/Lista de verificação sobre a "Posição Canguru"	Formadores
13:00-14:00	ALMOÇO	
Unidade 3 - Sinais de perigo e complicações comuns em RN com BxPN		
14:00-14:30	Visão geral/Identificação dos sinais de perigo no RN de BxPN/Transferência do RN de BxPN com sinais de perigo/	Formadores
14:30-16:00	Complicações comuns no RN de BxPN e o seu manejo	Formadores
16:00-16:15	Avaliação do final do dia	Participantes
DIA 3		

8:00-8:30	Resumo do dia anterior	Formadores
8:30-9:15	Exercícios	Formadores
Unidade 4 – Aconselhamento sobre MMC		
9:15-10:00	Visão geral/ Definição de aconselhamento/Objectivos/Quem deve fornecer o aconselhamento sobre MMC	Formadores
10:00-10:15	INTERVALO	
10:15-11:45	Aconselhamento durante a admissão na enfermaria/quarto de MMC	Formadores
11:45-12:15	Aconselhamento sobre os critérios para ter alta da enfermaria/quarto de MMC	Formadores
12:15-13:00	Princípio de Comunicação Interpessoal e acompanhamento	Formadores
13:00-14:00	ALMOÇO	
14:00-15:00	Exercícios/Lista de verificação sobre “Admissão de um RN com BxPN na enfermaria/ quarto de MMC”	Participantes
Unidade 5 - Alta da enfermaria/quarto de MMC, acompanhamento e readmissão no MMC		
15:00-15:30	Visão geral/Critérios para receber alta no quarto MMC.	Formadores
15:30-16:00	Directrizes para o acompanhamento depois da alta na enfermaria/quarto de MMC/ Formulário para visitas de acompanhamento do MMC.	Formadores
16:00-16:15	Avaliação do final do dia	Participantes
DIA 4		
8:00-12:00	Prática clínica na US e uso das Listas de verificação	Formadores/P articipantes
12:30-13:00	Resumo do dia anterior	Formadores
13:00-14:00	ALMOÇO	
14:00-15:00	Critérios para readmissão na enfermaria/quarto de MMC/Critérios para interromper o MMC.	Formadores
15:00-16:00	Exercícios	Participantes
16:00-16:15	Avaliação do final do dia	Participantes
DIA 5		
8:00-8:30	Resumo do dia anterior	Formadores
Unidade 6 – Criação/estabelecimento de serviços de MMC		
8:30-9:00	Visão geral/Razões para a criação e estabelecimento dos serviços de MMC.	Formadores
9:00-9:30	Passos para conseguir apoio institucional para implementar o MMC.	Formadores
9:30-10:00	Requisitos de uma enfermaria de MMC/ Lista de Verificação sobre “Requisitos de uma enfermaria/quarto de MMC”	Formadores
10:00-10:15	INTERVALO	
Unidade 7 – Supervisão, Monitoria e Avaliação do MMC		
10:15 -10:30	Visão geral/ Definição de Supervisão, Monitoria e Avaliação	Formadores
10:30-11:00	Processo de preparação para a Supervisão do MMC/Conteúdo da supervisão/ Responsabilidades na supervisão do MMC	Formadores
11:00-11:30	Monitoria e Avaliação/Livros de Registos de MMC/Resumo Mensal/Indicadores de M & A de MMC	Formadores
11:30-13:00	Exercícios	
13:00-14:00	ALMOÇO	
Unidade 8 - Alcançar a competências, conhecimentos e habilidades no MMC		
14:00-14:30	Avaliação dos conhecimentos teóricos após a formação (Pós-Teste)	Participantes
14:30-15:00	Avaliação de habilidades praticas	Participantes
15:00-15:30	Correcção das avaliações e divulgação dos resultados	Formadores
15:30 -16:00	Preenchimento do Formulário e do questionário de final do curso	Participantes
Fim da formação		

ANEXO 4 - Guia de referência para o MMC

Nome da Unidade Sanitária que transfere: _____

INFORMAÇÕES ACERCA DO PACIENTE

Nome da mãe: _____ Sexo do RN: _____

Data de nascimento: __/__/__ Tipo de parto _____ Peso ao nascimento ____ (gramas)

Distrito/Localidade: _____ Local onde decorreu o parto: _____

História: _____

Exame físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Tratamento Efectuado: _____

Motivo da Transferência: _____

Posição do RN durante a Transferência: _____

NOME DO TRABALHADOR DE SAÚDE QUE TRANSFERIU

Assinatura: _____ Data: __/__/__

(Em letras maiúsculas)

NOME DO TRABALHADOR DE SAÚDE QUE VAI RECEBER O RN

Assinatura: _____ Data __/__/__

(Em letras maiúsculas)

Observação: Devem ser usados os formulários de guia de transferência que já existem, no entanto é recomendável que os dados descritos acima façam parte da mesma.

ANEXO 5 - Ficha de seguimento do MMC no ambulatório

Método Mãe Canguru: ficha de seguimento no ambulatório

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___; Peso de nascimento: ___ gr; Sexo: ___

Data da admissão ___ / ___ / ___; Peso da admissão: _____ gramas

Data de início do MMC: ___ / ___ / ___

Peso no início do MMC: _____ gr

Data da alta ___ / ___ / ___ Peso na alta: ___ gr

Diagnóstico(s): _____

Tratamento(s) administrado(s): _____

Alimentação após a alta: _____

Qualquer medicamento(s) administrado(s) em casa (especifique): _____

Nome do profissional de saúde: _____

Assinatura: _____

Nota: Uma folha de acompanhamento (como a amostra abaixo) deve ser usada para cada consulta de seguimento, visita e os registos devem ser guardados pelo provedor e pela mãe

Data da consulta: ___ / ___ / ___

Idade Gestacional: _____ Idade Gestacional Corrigida: _____.

Peso: _____ gr; Ganho de peso diário: ___ gr

Como o RN está-se alimentando? _____

Problemas encontrados: _____

Conclusões sobre o exame: _____

Plano de tratamento e acompanhamento: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____

Data da consulta: ____/____/____

Peso: _____ gr; Ganho de peso: _____ gr

Como o RN está-se alimentando? _____

Quaisquer queixas ou problemas enfrentados: _____

Conclusões sobre o exame: _____

Plano de tratamento e acompanhamento: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____

Data da consulta: ____/____/____

Peso: _____ gr; Ganho de peso: _____ gr

Como o RN está-se alimentando? _____

Quaisquer queixas ou problemas enfrentados: _____

Conclusões sobre o exame: _____

Plano de tratamento e acompanhamento: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____

ANEXO 6 - Folha de pontuação diária na enfermaria/quarto de MMC

Folha de pontuação diária do MMC				Date																		
Nome:		Amamentação:		MMC: Iniciado	Dia	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	
US:		Reg Nº:		___/___/___																		
Avaliação	Pontuação			Peso -																		
	0	1	2	Observações																		
Apoio socioeconómico	Sem ajuda ou suporte	Ajuda/ suporte ocasional	Bom sistema de suporte																			
Produção de leite materno (LM)	Espremer 0 - 10 ml de LM	Espremer 10 - 20 ml de LM	Espremer 20 - 30 ml de LM	<i>Deve pontuar 2 antes da alta</i>																		
Posição e pega do bebê na mama	Sempre precisa de ajuda	Precisa de ajuda ocasionalmente	Não precisa de ajuda																			
Capacidade do RN de sugar no peito	Cansa-se muito rapidamente	Fica cansado com pouca frequência	Aceita bem todos os alimentados																			
Confiança no manejo do RN (banho, alimentação, troca de roupas)	Sempre precisa de ajuda	Precisa de ajuda ocasionalmente	Não precisa de ajuda																			

ANEXO 9 - Resumo dos RN que fizeram o MMC e tiveram alta dentro dos critérios exigidos por categoria de peso

Característica	Nº de RN admitidos que fizeram o MMC e tiveram alta (alta dentro dos critérios exigidos)	Nº de RN admitidos na categoria (N)	Proporção de RN elegíveis (<2500 gramas, estáveis) admitidos a fazerem MMC (TA/TN)
<i>Peso (gramas)</i>			
<1000			
1000-1499			
1500-1999			
2000-2500			
Número Total			

N - Número de RN por categoria de peso,

TA - Total de RN admitidos no MMC e que tiveram alta segundo os critérios de alta exigida referente a categoria de peso,

TN- número total de RN

ANEXO 10 - Resumo mensal do MMC

Província _____ Distrito _____
 US _____ Mês _____

SMI-RESUMO MENSAL: DO MÉTODO DE MÃE CANGURU

MOD - SIS			
			TOTAL
1	Informação geral da criança	Total Masculinos	
2		Total Femininos	
3		Nº Total de Neonatos internados no quarto de Mãe Canguru	
4	Idade gestacional ao nascimento (semanas)	Número total de RN internados no quarto de Método Mãe Canguru com idade Gestacional ao nascimento ≤ 28 semanas	
5		Número de RN internados no quarto de método mãe Canguru com idade Gestacional ao nascimento $> 28 - < 32$ semanas	
6		Número de RN internados no quarto de método mãe Canguru com idade Gestacional ao nascimento $\geq 32 - \leq 37$ semanas	
7		Número de RN internados no quarto de método mãe Canguru com idade Gestacional ao nascimento ≥ 37 semanas	
8	Motivo de internamento	Número de RN com diagnóstico de prematuridade na admissão	
9		Número de RN com diagnóstico de baixo peso a nascença na admissão	
10	Categorias de peso na admissão (gramas)	Número total de RN internados no quarto de Mãe Canguru com peso no intervalo entre $> 1000\text{gr} - < 1500$ gramas	
11		Número de RN internados no quarto de Mãe Canguru com peso no intervalo entre $> 1500 - < 2000$ gramas	
12		Número de RN internados no quarto de mãe Canguru com peso no intervalo entre $\geq 2000\text{ gr} - < 2500\text{ gr}$	
13	Alimentação do RN durante a implementação do método	Número de RN que se alimentam de leite materno sugando directamente os seios da mãe	
14		Número de RN que se alimentam de leite materno através da Sonda Nasogástrica	
15		Número de RN que se alimentam de leite materno através de copinho	
16		Número de RN que se alimentam de leite materno sugando directamente dos seios da mãe e também através de copinho	
17	Complicações	Número de RN que durante o internamento tiveram diagnóstico de Pneumonia	

18		Número de RN que durante o internamento tiveram um episódio de Sepsis	
19		Número de RN que durante o internamento tiveram um episódio de Cianose	
20		Número de RN que durante o internamento tiveram um episódio de Convulsões	
21		Número de RN que durante o internamento tiveram um episódio de Apneia	
22	Classificação do Peso na alta (gramas)	Número de RN que tiveram alta com peso \geq 2500 gramas	
23		Número de RN que tiveram alta com peso \geq 2500 gramas	
24	Tipo de alta	Número de RN que receberam alta clínica por melhoria ou ganho de peso	
25		Número de óbitos de RN atendidos no quarto de Método Mãe Canguru	
26		Número de RN que durante o internamento foram transferidos para outros serviços (dentro do hospital ou para os hospitais de referência)	
27		Número de RN que abandonaram o Método de Mãe Canguru	

Data: ____/____/____

Compilado por: _____

Assinatura: _____

ANEXO 11 - Cartão de avaliação diária do curso

No final de cada dia, os participantes serão solicitados a dar suas opiniões sobre as actividades do dia por meio do cartão de avaliação apresentado a seguir. Os facilitadores deverão mencionar os resultados no princípio de cada novo dia, para mostrar que leram e analisaram tais opiniões. Se necessário, podem fazer mudanças na agenda do dia seguinte.

<p align="center">HUMOR & AVALIAÇÃO</p>	<p align="center"></p> <p align="center">Aborrecido/a</p>	<p align="center"></p> <p align="center">Bem</p>	<p align="center"></p> <p align="center">Muito bem</p>
<p>Como se sente ao final do dia de formação? (marque com um X onde achar conveniente)</p>			
<p>Temas que mais gostou hoje e porquê?</p>			
<p>Temas que menos gostou hoje e porquê?</p>			
<p>Indique algumas sugestões para melhorar</p>			

ANEXO 12- Formulário de avaliação do final do curso

Avalie o nível de qualidade desta formação fazendo um “X” na coluna correspondente ao número que melhor reflecte a sua opinião, sendo 6 a pontuação máxima (melhor desempenho) e 1 a mínima (piores desempenho).

Items	Pontuação					
	Excelente (6)	Muito Bom (5)	Bom (4)	Razoável (3)	Satisfatório (2)	Fraco (1)
1. O conteúdo da formação foi relevante.						
2. Os objectivos da formação foram atingidos.						
3. As expectativas pessoais foram atingidas						
4. A formação actualizou os meus conhecimentos e capacidades.						
5. Os formadores estavam capacitados e habilitados.						
6. Os formadores foram justos e amigáveis.						
7. Os materiais do curso forma úteis						
8. As metodologias e técnicas aplicadas na formação foram eficazes						
Aspectos relacionados à abordagem dos temas pelos formadores	Excelente (6)	Muito Bom (5)	Bom (4)	Razoável (3)	Satisfatório (2)	Fraco (1)
1. Sessão 1						
2. Sessão 2						
3. Sessão 3						
4. Sessão 4						
5. Sessão 5						
6. Sessão 6						
7. Sessão 7						

Aspectos Organizacionais	Excelente (6)	Muito Bom (5)	Bom (4)	Razoável (3)	Satisfatório (2)	Fraco (1)
1. Instalações (sala de formação)						
2. Apoio administrativo						
3. Alimentação						
4. Acomodação						
5. Transporte						

Agradecemos ainda que responda às perguntas abaixo.

1. A formação teve uma duração:

Muito longa _____ Muito curta _____ Adequada _____

2. Faça uma lista de quatro sessões que foram as mais relevantes para si de acordo com a ordem de preferência/ prioridade (mais relevante primeiro)

3. Faça uma lista das quatro sessões que foram as menos relevantes para si, de acordo com a ordem de preferência (menos relevante primeiro)

4. Que sessão(s) é que gostaria que tivesse mais tempo?

5. Que tópico(s) adicional (s) é que gostaria que fosse incluído nesta formação?

6. Outros comentários:

Muito obrigado. As suas contribuições são muito importantes para a qualidade do nosso trabalho!

Identificação do RN prematuro e com BxPN (3)

Características físicas do RN prematuro e com BxPN

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO RN COM BxPN	
Peso	• Menor de 2500 gramas
Pele	• Falta de gordura por baixo da pele • Seca e pálida
Cabeça	• Grande quando comparada com o tamanho do corpo que é pequeno • A cartilagem cartilaginosa está à sua posição normal quando é dobrada • Olhos são geralmente grandes e bem abertos
Plano	• Plenação do fêmur do plano
Reflexos de sucção	• Geralmente abnormais ou ausentes
Peitão/ braços	• Mãos e geralmente em ligera flexão
Pés	• Rigidez do péo colares a grande da péo
Atividade	• Activo e alerta (pode estar totalmente alerta para o seu tamanho pequeno)
Dentais	• Contagem não normal (podem)
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO PREMATURO	
Idade Gestacional	• Menor de 37 semanas
Pele	• Pode ter sinais vitais de vida devido à falta de gordura por baixo da pele (dependendo da idade gestacional) • Coberto por pelo fino e fraco (lanugo)
Cabeça	• Relativamente grande quando comparada com o tamanho do corpo • Cartilagem abnorme e flexionada, amole • A cartilagem apresenta cartilagem antes das 25 semanas • A cartilagem pode ser dobrada e não regressa imediatamente à posição
Pé	• Não apresenta flexão normal no péo antes das 34 semanas de gestação
Reflexos de sucção	• Pode ser fracos ou ausentes
Peitão/ braços	• Podem ser hipotônicos e estarem em extensão
Pés	• Rigidez no péo até 37 do péo
Atividade	• Pode estar extremamente dependente da idade gestacional
Dentais	• Pequenos • Rapagão: o lábio superior não cobre a lábio inferior • Rapagão: os dentes podem não ter desenvolvido ao seu devido, podem estar ausentes ou haver poucas raízes no esmalto.

Slide 7

Slide 8

Principais causas do BxPN

Factores maternos

- Parto prematuro;
- Atraso de crescimento intra-uterino;
- Infecção aguda e crónica durante gravidez (ex: malária, bacteriúria bacteriana);
- Má nutrição materna, incluindo avitaminoses, Deficiência de A, ferro, ácido fólico e zinco;
- Doenças crónicas (tuberculose, má nutrição, HIV-SIDA, diabetes);
- Hipertensão arterial materna;
- Idade materna acima de 35 anos;
- Gravidez na adolescência;
- Patologias do aparelho reprodutivo (ex: miomas, incompetência cervical, placenta prévia, descolamento da placenta);
- Stress, ansiedade e outros aspectos psicológicos;
- Violência baseada no género;
- Esforço excessivo;
- Traumatismos;
- Vícios (ex: tabaco, álcool, toxicoddependência).

Factores fetais

- Gravidez múltipla;
- Anomalias congénitas;
- Infecções congénitas do grupo das TORCHs;
- Sofrimento fetal agudo.

Slide 9

Necessidades e principais problemas dos RN com BxPN

- **As necessidades básicas do RN com BxPN incluem:**
 - Aquecimento;
 - Estabelecimento e manutenção de uma respiração regular;
 - Alimentação adequada e apropriada;
 - Apoio físico e emocional;
 - Protecção contra infecções.
- **Os principais problemas do RN com BxPN são:**
 - Dificuldade de alimentação;
 - Temperatura corporal anormal;
 - Dificuldade respiratória;
 - Ictericia da prematuridade;
 - Hipoglicemia.

Slide 10

Referências

- 1- WHO. SURVIVE AND THRIVE: Transforming care for every small and sick newborn, 2019
- 2- Gu H, Wang L, Liu L, et al. A gradient relationship between low birth weight and IQ: A meta-analysis. Sci Rep. 2017;7(1):18035. Published 2017 Dec 21. doi:10.1038/s41598-017-18234-9 3 Jorjanyaz FR, Vollenweider P, Bochud
- 3- M, Mooser V, Waeber G, Marques-Vidal P. Low birth weight leads to obesity, diabetes and increased leptin levels in adults: the ColAus study. Cardiovasc Diabetol. 2016; 15: 73.
- 4- Guia sobre Desenvolvimento Sustentável. Resolução adotada a 25 de setembro de 2015: <http://www.un.org/ga/> | www.unric.org/pt/ | www.un.org/sustainabledevelopment
- 5- Inquérito Demográfico de Saúde (IDS), 2011
- 6- MISAU. Plano de Acção para Cada Recém-nascido, 2019
- 7- Healthy Newborn Network. Every Preemie – SCALE Mozambique , 2017

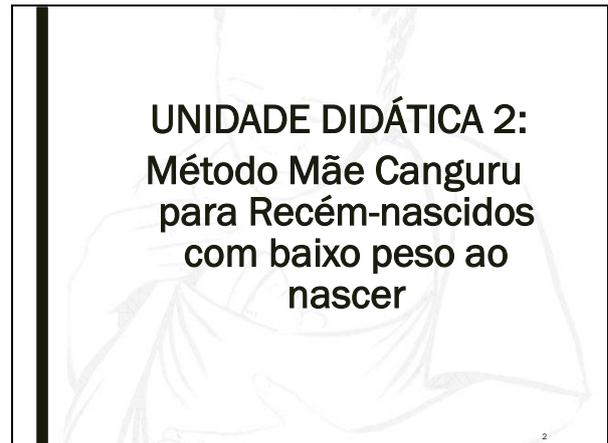
Slide 11

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

Slide 12



Slide 1



Slide 2

História do MMC
<ul style="list-style-type: none"> ■ Iniciou-se no final dos anos 70 (em 1979), por Rey e Martinez em Bogotá, Colômbia, numa tentativa de reduzir os altos números de óbitos neonatais. ■ Foi implantado como um método alternativo de cuidado aos recém-nascidos pré-termo, que necessitam apenas de se alimentar e crescer, em situações de unidades neonatais superlotadas e falta de incubadoras. ■ Em Moçambique o MMC foi introduzido em 1984, no HCM, pelo Dr. Mário Glisser. ■ A partir de 1994 houve uma expansão do MMC a outros hospitais do País. ■ A sua implementação no país foi vista com algum sucesso em muitas US com maternidade graças ao envolvimento de equipas de saúde local e a realização de formações contínuas do pessoal de saúde.

Slide 3

Evidências científicas sobre o MMC
<p><u>Mostraram que:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • O MMC é equivalente ao convencional (incubadoras), em termos de segurança, temperatura e protecção, se medida em termos de mortalidade neonatal. • O MMC, ao facilitar a amamentação, oferece vantagens visíveis na recuperação do RN doente. • O MMC contribui para a humanização dos cuidados neonatais e para a melhoria do vínculo entre a mãe e o RN. • O MMC é um método moderno de atendimento em qualquer ambiente, mesmo quando altas tecnologias e cuidados adequados estão disponíveis.

Slide 4

Método Mãe Canguru versus Método convencional de cuidados ao RN com BxPN	
MÉTODO DE MÃE CANGURU	MÉTODO CONVENCIONAL DE CUIDADOS
<ul style="list-style-type: none"> • RN prematuro ou com BxPN estável • Mãe ou outra pessoa que cuida do RN disponível • Profissional de saúde de saúde é cada vez menos necessário • Pode ser feito em casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode acomodar RN doentes • Incubadora, mais acessórios, para cada RN
<ul style="list-style-type: none"> • Curta estadia na US • Necessita de poucos recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de saúde cada vez mais necessário • Baseado na US • Precisa consumíveis (ex: desinfectante, água destilada) • Precisa energia eléctrica para alimentar a incubadora • Presença mais prolongada na US • Necessita de fundos para cobrir os custos de cuidados especializados • Necessita de fundos e formação do pessoal para a manutenção e reparação das incubadoras

Slide 5

Definição e Contextualização do MMC
<ul style="list-style-type: none"> ■ O MMC é definido como sendo um método biológico de cuidados para todos os RN mas, em particular, os que são prematuros ou que têm BxPN. ■ Este método pode ser utilizado para o cuidado aos RN prematuros ou com BxPN desde que estes estejam estáveis, isto é: aqueles que respiram normalmente e não têm problemas graves de saúde, mas que precisam de protecção térmica, alimentação adequada, observação frequente e protecção contra infecções. ■ Todas pessoas que quiserem apoiar a mãe (ex: avós, as irmãs, as tias, os maridos e mesmo os amigos) podem providenciar MMC desde que entendam as vantagens do método e estejam motivados a praticá-lo. O MMC é um método fácil de aplicar.

Slide 6

Características do MMC

As principais características do MMC são:

- É feito através do contacto pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe ou qualquer familiar disponível e o RN.
- Deve ser acompanhado pelo o aleitamento materno exclusivo (idealmente).
- É iniciado no hospital e pode ser continuado em casa.
- Permite que os RN pequenos recebam alta precocemente.
- Requer apoio e acompanhamento adequados as mães que implementam em casa.
- Evita a agitação rotineira que há nos berçários quando estes estão superlotados.



Slide 7

Vantagens do MMC

- É uma forma eficiente de manter a temperatura certa do RN.
- Promove e conduz a uma duração mais longa da amamentação.
- Permite aumentar a quantidade do leite materno espremido para o copo e ministrado pela sonda naso/orogástrica.
- O peso do RN aumenta rapidamente. Os RN podem ser alimentados com mais facilidade e evitar grandes perdas de calorias mantendo a temperatura do corpo (ex: menor taxa metabólica).
- Reduz a mortalidade de RN prematuros e com BxPN uma vez que há redução aos ataques de apneia, respiração irregular e hipotermia.
- Protege contra as infecções no RN;
- Aumenta a confiança da mãe no manejo do seu RN pequeno;
- Estabelece um vínculo mãe-filho e melhora o afecto.

Slide 8

Problemas/soluções associadas a realização do MMC

PROBLEMA	SOLUÇÃO
• O Método de Mãe Canguru é cansativo para as mães.	• Encorajar os familiares a apoiarem colocando o RN na posição canguru quando a mãe precisa de fazer um intervalo.
• Existe uma grande crença de que a alta tecnologia pode conduzir a alguma resistência por parte das mães, em fazer MMC, por causa da simplicidade do MMC.	• Providenciar informação correcta acerca de MMC às mães e aos membros da família.
• Barreiras culturais (ex: as avós podem não aceitar o MMC)	• Obter apoio institucional para MMC e tornar o quarto do MMC atractivo e desejável.
• Em algumas tradições os RN são separados das suas mães e a avó toma conta do RN durante as primeiras semanas.	• Educar as mães, avós e outros na comunidade em relação a importância de manter a mãe e o RN juntos.
• Geralmente os RN são carregados atrás (nas costas) e não a frente.	• Exemplificar e apoiar o MMC na comunidade.
• Familiares, vizinhos e outros membros da comunidade podem rir-se da mãe que estiver a praticar o MMC.	• Ter agentes comunitários de saúde a liderarem debates de educação comunitária acerca de MMC.
• Incumprimento por parte das mães e do pessoal de saúde	• Realizar campanhas de sensibilização sobre o MMC dentro da comunidade.
	• Obter apoio para a prática de MMC por parte dos líderes e pessoas bem conhecidas e fazer com que estas pessoas promovam o MMC.
	• Convencer as mães e ao pessoal de saúde acerca dos benefícios do MMC através da informação contínua, educação e apoio.
	• Partilhar as experiências bem-sucedidas do MMC.

Slide 9

Vantagens e desvantagens dos cuidados ao RN com BxPN na incubadora

VANTAGENS	DESvantagens
• Importantes para serem usadas na estabilização de RN doentes	• Na falta de pessoal, as avarias da incubadora podem não ser detectadas imediatamente
• Podem ser usadas no MMC intermitente	• Os RN podem mais facilmente desenvolver infecções
• Fornecem calor aos RN prematuros e pequenos que não estão prontos para o MMC	• A reparação e manutenção da incubadoras pode ser difícil devido aos custos
• Podem ser usadas para RN cujas mães não estão em condições de providenciar o MMC	• Atraso no afecto entre a mãe e o RN
• Permitem aplicar oxigénio e/ou dar fluidos ao RN de uma forma mais fácil, caso seja necessário	• Amamentação mais difícil



Slide 10

Tipos de MMC

Método Mãe Canguru contínuo

- É praticado 24 horas (excepto por períodos de tempo bastante curtos quando a mãe tem de tomar banho ou ir à casa de banho) todos os dias e requer o apoio dos membros da família incluindo o parceiro. É o tipo ideal de MMC para o RN com BxPN.

Método Mãe Canguru intermitente

- Não é feito durante 24 h mas sim durante certos períodos do dia. A mãe fica em casa, ou na US, e vai diariamente a enfermaria/quarto de MMC em horas específicas para fazer o MMC. O RN é deixado numa incubadora durante o resto do tempo sob cuidados das enfermeiras. Este método é usado na maioria dos casos para RNs muito pequenos ou doentes, e/ou para mães que não querem ou ainda não estão preparadas ou não são capazes de praticar MMC de forma contínua (ex: após cesariana).

Ambos os tipos de MMC devem ser praticados o maior tempo possível até que o RN não tolere mais o método. Os RN que não toleram o MMC ficam inquietos e geralmente tentam sair da posição ou do contacto pele-a-pele.

Slide 11

Praticando o MMC

Quando iniciar o MMC

- Quando o RN de BxPN está estável. O momento exacto depende da vontade individual da mãe.

Crítérios de elegibilidade

- Peso inferior a 2500 gr e idade gestacional < de 37 semanas.
- Vontade da mãe para fazer o MMC.
- RN clinicamente estável.
- RN sem doenças graves (ex: septicemia, pneumonia, meningite, dificuldade respiratórias e convulsões).
- Os RN que estejam a ser administrados antibióticos por estarem sob suspeita de terem uma infecção só podem começar o MMC logo que estiverem estáveis.
- MMC deve ser intermitente até que o RN esteja estável.
- RN que estejam a fazer fototerapia devem ser avaliados para receberem o MMC intermitente.

Slide 12

Posicionamento no MMC

- O RN com fralda, meias e um gorro é colocado entre os seios da mãe em contacto pele-a-pele. As pernas devem estar flectidas na posição de rã.
- Segurar o RN sobre o peito da mãe com uma capulana.
- Colocar uma manta ou cobertor para aquecimento adicional.
- A mãe deve colocar uma peça de vestuário aberta a frente



13

Slide 13

Posicionamento no MMC

- Aconselhar a mãe a dormir numa posição semi-sentada de modo a poder manter a posição vertical do RN e numa posição confortável para ela.



- Durante o tempo em que a mãe não tem possibilidade para realizar o contacto directo pele-a-pele com o RN (ex: quando ela estiver a tomar banho), esta tarefa pode ser executada por um familiar ou pelo marido de acordo com a disponibilidade.



Nota: A participação da família no MMC deve ser uma pratica regular, e nao somente para os casos quando em que a mãe nao pode.

14

Slide 14

Nutrição durante o MMC (1)

- Sempre que possível recomenda-se o AME.
- É importante demonstrar às mães como amamentar os seus RN.

Benefícios da amamentação imediata para os RN com BxPN:

- Protege contra doenças e fortalece o sistema imunológico do RN (anticorpos).
- Aumenta o peso do RN.
- Reduz o risco de hipoglicémia.
- Evita a desidratação.
- Reduz a incidência de diarreia e vômitos.
- A digestão é mais rápida com o leite materno.



15

Slide 15

Nutrição durante o MMC (2)

Dez (10) Passos para o sucesso do aleitamento materno

Todas as US com serviços de maternidade e cuidados ao RN devem:

1. Ter uma política escrita sobre o aleitamento materno, que seja regularmente comunicada a todos os trabalhadores de saúde;
2. Treinar todos os trabalhadores de saúde em habilidades necessárias para implementar a política;
3. Informar a todas as mulheres grávidas sobre os benefícios do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno, logo após o parto, ou seja: dentro de meia hora após o parto;
5. Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se elas tiverem que ficar separadas dos seus bebês;
6. Não dar aos RN nenhum alimento ou líquido que não seja o leite materno, a menos que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o "alojamento conjunto", isto é, permitir que mães e os RN fiquem sempre juntos durante 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento materno em livre demanda, ou seja, amamentar sempre que a mãe ou o RN quiserem, sem restrição na duração ou frequência das mamadas;
9. Não dar chuchas e biberões aos RN amamentados ao peito;
10. Promover a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade e, referir as mães para estes grupos após a alta da maternidade.

16

Slide 16

Nutrição durante o MMC (3)

Alimentação do RN com BxPN sem reflexo de sucção

- É necessário fazer a extracção do leite para posterior a administração com um copo.
- A mãe deve fazer massagens suaves e de forma circular no peito começando na aréola (parte escura da mama) e depois por toda a mama.
- Localizar os ductos mamários (colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio, abaixo dela);
- Comprimir suavemente os ductos (o polegar contra os outros dedos, com cuidado, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair.). Não deslizar os dedos sobre a pele. Apertar e soltar, apertar e soltar várias vezes



17

Slide 17

Nutrição durante o MMC (4)

Técnicas para oferecer o leite materno extraído

- **Copo:** para RN com dificuldades para chupar, mas capaz de engolir.
- **Colher:** para RN que não conseguem controlar o fluxo e tem risco de aspiração.
- **Seringa ou conta gotas:** para quantidades muito pequenas de leite, por exemplo: colostro.
- **Sonda naso/orogástrica:** RN que não conseguem chupar e engolir.
- **Retirada directa para a boca do RN:** apropriado para encorajar o RN a chupar e para RN com fenda palatina.

Importante:

- O leite não deve ser entornado/despejado na boca do RN. Apenas segure o copo perto dos lábios do RN e deixe que ele tome - um RN prematuro começa a levar o leite para boca com a língua.
- Atenção às pausas respiratórias! Importante observar atentamente o ritmo e entre a deglutição e respiração do RN.

18

Slide 18

Nutrição durante o MMC (5)

Como colocar a sonda naso/orogástrica ?

(nota: usar preferencialmente a sonda orogástrica porque como os RN pequenos respiram pelo nariz a sonda quando localizada no orifício nasal pode obstruir a respiração)

- Medir e marcar a distância entre a boca ou nariz e a orelha e o extremo inferior do esterno.
- Introduzir a sonda até a marca efectuada.
- Fixar a sonda na face com um adesivo.
- Substituir a sonda a cada 24 -72 horas.
- Manter a sonda fechada.



19

Slide 19

Nutrição durante o MMC (6)

Qual a quantidade e frequência da alimentação do RN com BxPN

- A quantidade por cada refeição para um RN prematuro deve ser aumentada gradualmente em 5ml por dia ou de dois em dois dias.
- Normalmente a quantidade máxima é de 200-220 ml/kg.
- Os RN com < 1500 gramas alimentam-se de 2/2 h e os com ≥ 1500 gramas de 3/3 h

		Quantidade de leite necessária por dia						
Peso à nascença	Alimentar todos os dias	Dia1	Dia2	Dia3	Dia4	Dia5	Dias 6-13	Dia14
1000-1499gr	2 horas	60ml/kg	80ml/kg	90ml/kg	100ml/kg	110ml/kg	120-180 ml/kg	180- 200 ml/kg
≥1500gr	3 horas							

		Quantidade de leite necessária por refeição						
Peso à nascença	Número de refeições	Dia1	Dia2	Dia3	Dia4	Dia5	Dias 6-13	Dia14
1000gr	12	5ml	7ml	8ml	9ml	10ml	11-16ml	17ml
1250gr	12	6ml	8ml	9ml	11ml	12ml	14-19ml	21ml
1500gr	8	12ml	15ml	17m	19ml	21ml	23-33ml	35ml
1750gr	8	14ml	18ml	20ml	22ml	24ml	26-42ml	45ml
2000gr	8	15ml	20ml	23ml	25ml	28ml	30-45ml	50ml

20

Slide 20

Nutrição durante o MMC (7)

Alimentação do RN com BxPN com reflexo de sucção

- A mãe deve despertar o RN com pequenos estímulos (ex: tocar suavemente a face ou as plantas dos pés)
- Posicionar correctamente o RN
 - Apoiar a cabeça do RN sem agarrá-la com a mão, ou
 - O braço da mãe/cuidador pode apoiar o corpo do RN, ou
 - O RN pode ficar ao lado da mãe/cuidador, ou
 - A mãe pode usar a mão do lado oposto à mama na qual o RN está.



21

Slide 21

Nutrição durante o MMC (8)

Alimentação do RN com BxPN com reflexo de sucção

- Pega correcta
 - A mãe deve pegar a mama com a mão em forma de C, colocando quatro dedos embaixo da mama e o polegar acima da mama.
 - A boca do RN deve estar suficientemente aberta, abocanhando a maior porção possível da aréola, com o lábio superior virado para cima e o inferior para fora.



IMPORTANTE: As sucções do prematuro são lentas e profundas, seguindo a sequência: **sucção – deglutição – respiração – pausa**. No entanto, podem ocorrer sucções sem pausa para a deglutição, de modo desorganizado, sendo necessário um treino oral para que o RN prematuro aprenda a organizar as funções de sucção/deglutição e respiração.

22

Slide 22

A Pega



23

Slide 23

Nutrição durante o MMC (9)

“Dicas” para ajudar a mãe a amamentar o RN prematuro

- Incentivar a mãe para o RN ser colocado na mama o mais cedo possível, mesmo que ainda não consiga sugar bem.
- Espremer algumas gotas de leite para a boca do RN, para estimular o início da amamentação.
- Dar tempo ao RN para descansar um pouco durante a amamentação.
- Não amamentar se o RN estiver sonolento ou agitado demais.
- Realizar a mamada o mais tranquilamente possível, evitando barulho, luzes intensas, carícias, balanço ou conversas com o RN durante as tentativas de amamentação.

IMPORTANTE: Se o RN prematuro tossir, esforçar-se para vomitar ou cuspir quando começar a amamentar, pode ser que o leite esteja a descer muito depressa, porque o tônus muscular do RN é baixo e sua sucção não é coordenada. A mãe deve:

- Tirar o RN do peito caso ele tussa;
- Segurar o RN contra o seu peito enquanto este recupera a sua respiração;
- Colocar o RN de volta para a amamentação depois de permitir que o leite tenha sido deglutido.

24

Slide 24

Nutrição durante o MMC (10)

Alimentação do RN com BxPN filho de mãe HIV positiva

- Recomenda-se a todas as mães a fazerem AME aos seus RN nos primeiros 6 meses, mesmo que a mãe seja HIV+ ou tenha o estado serológico desconhecido.
- Uma mãe seropositiva com fissuras ou rachas nos mamilos, mastite, abscesso, candidíase corre maior risco de transmitir o HIV ao seu RN e por isso deve:
 - Parar de amamentar com a mama infectada e procurar tratamento imediato;
 - Espremer o leite da(s) mama(s) infectada (s) e descartar ou tratá-lo, aquecendo-o em banho-maria antes de dar ao RN;
 - Continuar a amamentação em regime livre com a outra mama não infectada.





Slide 25

Nutrição durante o MMC (11)

Monitoria de crescimento do RN com BxPN

- O RN perde na 1ª de vida até 10% do seu peso ao nascer
- Depois da 1ª semana deve recuperar o peso (entre o 7º e 14º dia)
- Depois do 14º dia o aumento diário de peso deve ser gradual (acima de 10 gr/dia)
- Caso haja diminuição do peso ou um aumento inferior a 10 gr/dia em 3 dias consecutivos, verificar:
 - Se estiver a alimentar com copo, avalie o volume de alimentação durante 24 horas. Será que é suficiente? Será que o RN poderia tomar mais?
 - Se estiver a amamentar, avalie se a técnica de aleitamento materno está sendo aplicada correctamente ou se tem algum problema nas mamas da mãe;
 - Caso esteja a amamentar, avalie a frequência e a duração das mamadas durante as últimas 24 horas;
 - Garanta que o RN seja alimentado ao longo de todo o dia.
 - Verifique se as refeições nocturnas estão a ser dadas.

IMPORTANTE: Procurar sempre a presença de sinais de perigo e/ou de doença

Slide 26

Cuidados de desenvolvimento centrados no bebé e na família (1)

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA:

- Reduzem o estresse e aceleram recuperação e alta do RN;
- Aumentam a probabilidade de MMC ser continuado em casa;
- Melhoram a saúde mental da mãe, que resulta em melhores cuidados ao RN.

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS QUE APOIAM O DESENVOLVIMENTO DO RN:

- O desenvolvimento neurológico é mais rápido nos primeiros dias e semanas, e cria vias para funções cerebrais para toda vida;
- Certas práticas na enfermaria podem ser nocivas para o desenvolvimento do RN com BxPN (ex: ruídos);
- Outras práticas, pelo contrário, estimulam o desenvolvimento neurológico (ex: colocar o RN no “ninho”).



Slide 27

Cuidados de desenvolvimento centrados no bebé e na família(2)

Os profissionais de saúde que cuidam dos RNs com BxPN devem estar capacitados na promoção das seguintes práticas:

- Não separar o RN dos pais (“separação zero”)
- Envolver os pais em todos os cuidados e em todas as decisões acerca do RN
- Garantir o aleitamento exclusivo, eficaz e responsivo
- Proteger a pele do RN
- Controlar as dores e estresse
- Proteger o sono do RN
- Quando o RN não estiver na posição de MMC, assegurar bom posicionamento do RN
- Responder aos sinais do RN e oferecer estímulos suaves ao RN

Slide 28

Cuidados de desenvolvimento centrados no bebé e na família (3)

Ensino de técnicas para a comunicação entre a mãe e o seu RN

PERGUNTE À MÃE E PEÇA PARA MOSTRAR:

- Já começou a brincar e a conversar com o seu RN? Como é que faz? E como o RN responde?

ELOGIE A MÃE SE ELA:

- Consegue atrair atenção do RN. Brinca ou fala com o RN de forma suave. Consegue explicar como o RN responde.

SE NECESSÁRIO AJUDE A MÃE A PRATICAR UMA DAS ACTIVIDADES ILUSTRADAS ABAIXO. PRESTE ATENÇÃO AOS SINAIS DA CRIANÇA, SEJA SUAVE, E PARE SE O RN MOSTRAR QUE JÁ NÃO QUER INTERAGIR.






EXPLIQUE À MÃE QUE O SEU RN VÊ E OUVI DESDE NASCER, E PRECISA DE CONVERSAS E DE PEQUENOS ESTÍMULOS PARA RECUPERAR MAIS RÁPIDO E PARA NÃO TER PROBLEMAS NO SEU DESENVOLVIMENTO.

Slide 29

Apoio emocional e atenção à saúde mental (1)

As mães dos RN com BxPN, podem sentir-se cansadas, sobrecarregadas ou ansiosas sobre o seu RN. As mães adolescentes, ou as que não tem um parceiro ou apoio da família, podem até ficar facilmente deprimidas. O estado mental da mãe, pode influenciar nos cuidados que ela vai dar ao seu RN.

Apoio dos provedores de saúde na US

- Conversar com cada mãe individualmente, para conhecer as circunstâncias dela;
- Verificar diariamente como a mãe está a sentir-se e encorajá-la;
- Encorajar à mãe a falar acerca de quaisquer problemas que possa ter;
- Elogiar a mãe pelas boas práticas observadas, mesmo se seja algo muito simples;
- Promover a partilha de experiências e o apoio mútuo entre as mães, especialmente entre as mães que vêm do mesmo bairro.

Slide 30

Apoio emocional e atenção à saúde mental (2)

Apoio na comunidade

Os actores comunitários (ex: APes) devem estar envolvidos no apoio à mãe na comunidade. Estes podem:

- Fazer o rastreio e aconselhamento simplificado sobre a saúde mental da mãe e referência para os serviços especializados;
- Sempre que possível, promover grupos de apoio, entre as mães;
- Realizar sensibilização das comunidades acerca de MMC, para minimizar o estigma.

Apoio dos membros da família

Os membros da família tais como o parceiro e os avós devem ser incluídos no aconselhamento, tanto no quarto/enfermaria de MMC como em casa, para que sejam capazes de também apoiarem a mãe. O apoio pode ser:

- Colocar o RN na posição canguru para permitir que a mãe descanse;
- Verificar como a mãe está a sentir-se e dar-lhe força e coragem;
- Promover o contacto e a troca de experiências entre as mães dos RNs com BxpN no bairro.

31

Slide 31

Apoio emocional e atenção à saúde mental (3)

Apoio à saúde mental da mãe após a alta

Em cada consulta de seguimento o provedor de saúde deve:

- Perguntar como a mãe está a sentir-se, e escutar-lhe com atenção e empatia;
- Fazer a ligação com o técnico de saúde mental em caso de presença de sinais de depressão, faça a ligação;
- Discutir as experiências da mãe em relação ao MMC em casa, e ajudar a resolver problemas dentro do possível;
- Perceber quem dá apoio à mãe em casa (na comunidade) e em caso de verificar que o apoio é fraco procurar soluções junto com a mãe.



32

Slide 32

Referências

- 1-UNICEF. Pôr termo à morte de recém-nascidos e nados-mortos evitáveis até 2030, 2020
- 2- Ministério da Saúde. Brasília. Guidelines for the Kangaroo Method in Primary Care. Brasília, 2016
- 3-WHO. Método Madre Canguro. Guia prático, 2004
- 4-Save the children. Cuidados ao recém-nascido. Manual de Consulta, 2004
- 5-MISAU. Manual de formação para cuidados a bebés canguru, 2009
- 6-Ministério da Saúde. Brasília. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru, 2011.

33

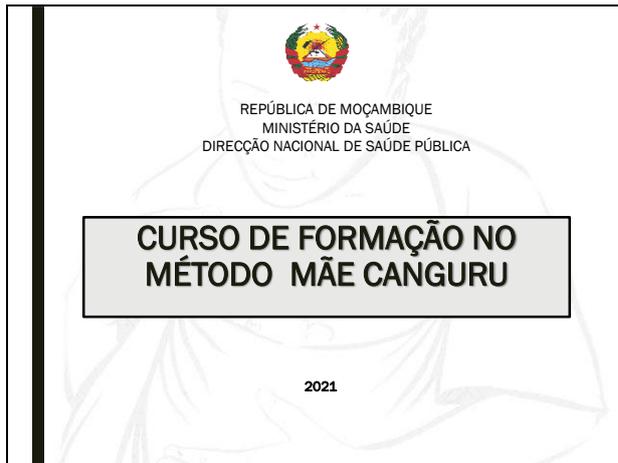
Slide 33

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

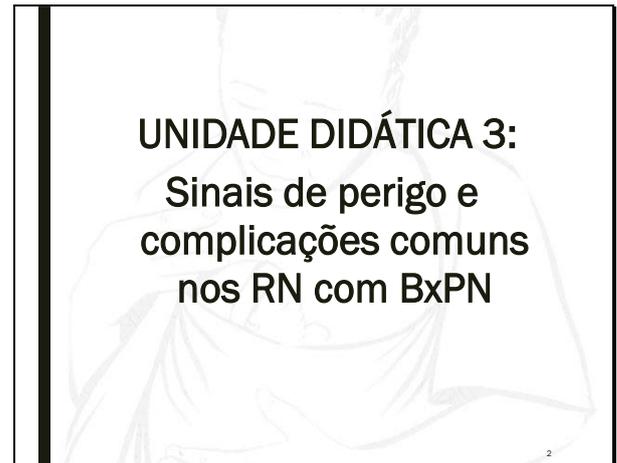


34

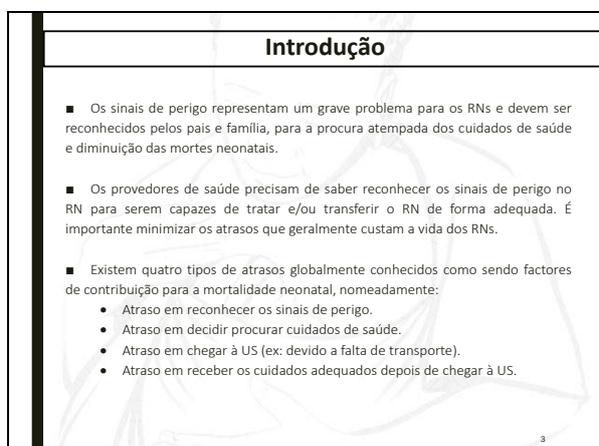
Slide 34



Slide 1



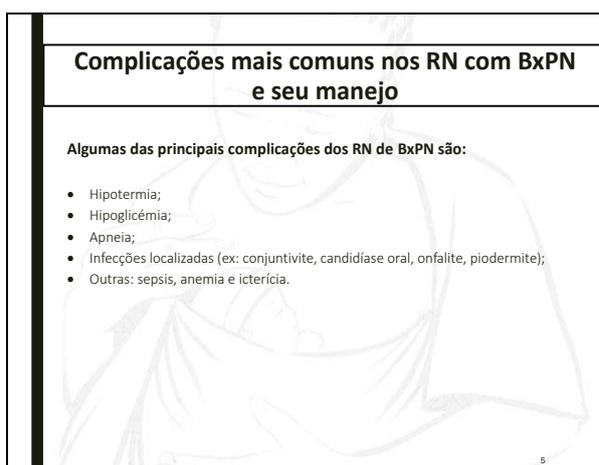
Slide 2



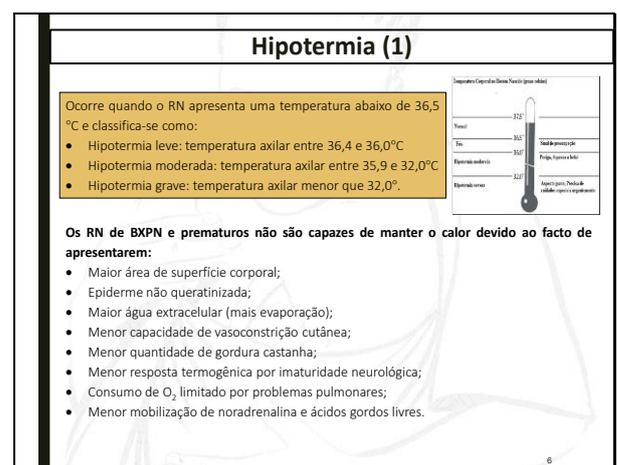
Slide 3



Slide 4



Slide 5



Slide 6

Hipotermia (2)

A hipotermia pode levar a várias complicações, e consequente morte do RN com BxPN, e estas incluem as seguintes:

- Sucção fraca;
- Hipotonia;
- Taquipneia ou apneia;
- Taquicardia ou bradicardia;
- Tremores;
- Quedas na saturação de O₂;
- Hipoglicemia
- Acidose;
- Edema e esclerodema.
- Sepsis;
- Palidez, cianose;
- Hipotensão;
- Respiração irregular e superficial;
- Reflexos diminuídos;
- Oligúria;
- Hemorragia generalizada.

Slide 7

Hipotermia (3)

Mecanismos de perda de calor no RN e medidas de prevenção e conduta

Convecção perda de calor do RN para o ar ao seu redor.

Evaporação perda intensiva de água pela pele.

Radiação perda de calor do RN para objetos ou superfícies mais frias que não estão em contato com ele.

Condução perda de calor do RN para a superfície fria em contato com ele.

Prevenção/Conduta

Evaporação

- Colocar sob calor radiante.
- Sacar o RN com pano aquecido e descartar os panos úmidos, e vestí-lo.
- Mudar a fralda sempre que necessário.

Condução

- Cobrir as superfícies frias com um pano aquecido, antes de colocar o RN.
- Colocar um gorro, meias e luvas ao RN e mantê-lo em contacto pele a pele na posição canguru.

Convecção

- Manter a temperatura da sala de partos no mínimo em 25°C
- Evitar as correntes de ar falando as portas e as janelas do local onde se encontra o RN.
- Use uma fonte de calor radiante.
- Garanta que o quarto esteja aquecido.

Radiação

- Manter o RN aquecido com gorro, luvas, meias, em contacto pele-a-pele na posição canguru.

Slide 8

Hipotermia (4)

Ações de prevenção da hipotermia

Durante o Parto

- A temperatura da sala de parto deve ser maior ou igual a 25°C;
- Os itens necessários para manter o RN aquecido devem ser preparados com antecedência;
- No RN de BxPN estável fazer a secagem imediata e contacto directo pele-a-pele, cobrir o RN e a mãe com outro pano ou manta e coloque um gorro sobre a cabeça do RN
- No RN de BxPN instável envolver em plástico sob calor radiante e realizar todas as manobras de reanimação.

Após o parto

- **Banho:** Atrasar o banho para 24h após o nascimento, e este deve ser rápido para evitar hipotermia e deve-se vestir um gorro, fralda, meias e colocado em contacto directo com a pele da mãe;
- **Transporte:** Fazer o transporte numa incubadora de transporte previamente aquecida ou saco térmico, ou em contacto pele-a-pele na posição canguru.

Slide 9

Hipotermia (5)

Passos para o reaquecimento do RN de BxPN com hipotermia

- O compartimento deve estar aquecido, pelo menos 25 °C, e sem de correntes de ar.
- Retirar roupas frias ou húmidas, vestir o RN com um gorro, fralda e meias.
- Colocar o RN em contacto directo com a pele da mãe cobrindo-o juntamente com a mãe com roupas e mantas quentes.
- Alternadamente usar uma incubadora ou fonte de calor radiante caso não seja possível continuar com o contacto pele-a-pele.
- Encorajar a amamentação. É necessária energia para que o corpo fique quente. Se o RN estiver muito fraco para chupar a mama da mãe ou ainda não tiver reflexo de sucção, dar leite espremido, através de um copo.
- Monitore a temperatura a cada hora.
- Avalie os sinais de infecção e outros sinais de perigo;
- Caso o RN não responda às ações acima apresentadas transfira, na posição MMC, para uma unidade sanitária de referência.
- Para a hipotermia grave coloque o RN em contacto pele-a-pele e transfira imediatamente.

Slide 10

Hipoglicémia (1)

A hipoglicémia é definida como valor de glicémia igual ou menor de 2,5 mmol/l.

São sinais e sintomas de hipoglicemia:

- Letargia;
- Tremores;
- Irritabilidade;
- Coma;
- Convulsões;
- Apneia;
- Crises da cianose;
- Sudorese;
- Hipotermia.

Hipotonia (decreased muscle tone)

Cianose

Slide 11

Hipoglicémia (2)

Diante deste quadro clínico é importante fazer o diagnóstico imediato através da medição da glicémia e caso se confirme deve-se fazer o segundo o esquema abaixo.

MANEJO DA HIPOGLICÉMIA NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Glicemia inferior a 25mg/dl (1,3mmol/L)	Glicemia = (2,2mmol) e > (1,3mmol)	Glicemia < (2,2mmol) e > (1,3mmol)
Cancelar leite	Não é possível cancelar leite	Cancelar leite
Fazer 2ml/kg de Dextrose a 10% (D10)	Dar Dextrose 10% 2ml/kg por sonda nasogástrica	Fazer infusão de Dextrose a 10% conforme a Tabela abaixo: Anamntação direta
Reavaliar Glicemia após 30 minutos	Fazer monitorização direta com Dextrose 10% (de acordo com o peso do RN na Tabela abaixo)	Controlar a Glicemia de 3-3 h até estabilizar (>40mg/dl (2,2mmol)
Glicemia < (1,3mmol)	Glicemia < (1,3mmol) e > (1,2mmol)	Quando a madre não está disponível a sua capacidade de mamar, mediar lactante com um período de 30-45 dias a partir do início da lactação que aumenta o volume de alimentação por vez.
Fazer 2ml/kg de Dextrose a 10% (D10)	Fazer infusão de Dextrose a 10% conforme a Tabela abaixo: Anamntação direta	NUNCA interrompa abruptamente a infusão de glicose!
Controlar a Glicemia de 3-3 h até estabilizar (>40mg/dl (2,2mmol) de	Controlar a Glicemia de 3-3 h até estabilizar (>40mg/dl (2,2mmol) de	
Se a Hipoglicemia persistir transferir para a US de Referência	Se a Hipoglicemia persistir transferir para a US de Referência	
Glicemia < (1,3mmol)	Glicemia < (1,3mmol)	

Slide 12

Apnéia

- É a interrupção da respiração por um período maior que 20 segundos, podendo ser acompanhada por cianose, bradicardia e palidez cutânea.
- O RN prematuro pode apresentar crises de apnéia até 37 - 40 semanas de idade gestacional corrigida, principalmente os que nasceram com < 28 semanas de gestação.
- A apnéia não ocorre apenas por imaturidade do centro respiratório, mas pode ocorrer como sinal de outras complicações como: instabilidade térmica, infecção, malformações e distúrbios neurológicos e/ou metabólicos.
- É importante que o profissional de saúde controle os sinais vitais do RN e ensine a mãe a controlar a respiração do mesmo para poder detectar a apnéia.
- O manejo da apnéia inclui o posicionamento do pescoço e elevação da cabeça 30-45%, evitar aspiração vigorosa da orofaringe, correção dos factores de risco, suporte ventilatório (oxigénio, CPAP, Ventilação mecânica) e tratamento farmacológico com aminofilina até 35 semanas de idade gestacional corrigida.

IMPORTANTE: Por ser um sinal de várias complicações esta deve ser estudada, ou melhor, este RN deve ser transferido para o Serviço de neonatologia/berçário do hospital de referência

13

Slide 13

Infecções localizadas mais frequentes

Infecção	Características	Conduta
Conjuntivite	Edema palpebral, hiperemia conjuntival e secreção ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza ocular com soro fisiológico. • Conjuntivite bacteriana aguda (crusada): <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico tópico de amplo espectro (Tetraciclina pomada, ofloxacina, Cloranfenicol ou Gentamicina gotas - 6 em 6 horas, por 5 a 7 dias). • Conjuntivite gonocócica (tratar com antibioticoterapia sistémica): <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 25-50 mg/kg, endovenoso, dose única • Cefotaxime 100 mg/kg, endovenoso, dose única - se RN com icterícia
Candidíase Oral	Placas esbranquiçadas na cavidade orofaríngea associado a dificuldade na sucção e deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina, solução oral 6/6 horas ou Violeto de Genciana de 8 de 8 horas - 7 dias
Piodermite	Pústulas na pele	<ul style="list-style-type: none"> • Banho com cetrimida • Antibiótico tópico - bacitracina, ácido fusídico ou violeta de genciana • Antibióticos EV, por 5 a 7 dias <ul style="list-style-type: none"> o Ampicilina 200 mg/kg/dia ou Penicilina Benzotínica 50.000 UI /kg/IM/EV 12-12h ou Flucloxacilina 15mg/kg/dia em 8 horas o Gentamicina 4 mg/kg/dia 24-24 h
Onfalite	Superficial - secreção no coto umbilical Profunda - secreção umbilical, hiperemia periumbilical e disseminação pela parede abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento tópico - Limpeza com soro fisiológico e colocação de clorexidina gel ou álcool 70% • Tratamento sistémico <ul style="list-style-type: none"> o Ampicilina - 200 mg/kg/dia 12-12h o Gentamicina - 4 mg/kg/dia 24-24 h

14

Slide 14

Sepsis

É uma doença sistémica grave e com uma alta taxa de mortalidade no nosso País. Ela pode ser classificada em precoce se ocorrer nos primeiros 5 a 7 dias (mais frequentemente nas primeiras 72h), e tardia geralmente após a 1ª semana de vida.

Quadro clínico - é inespecífico, podendo ter vários sinais como:

- Irregularidade térmica (hipo ou hipertermia);
- Letargia, hipotonia, irritabilidade, sucção fraca.
- Má perfusão periférica, palidez, cianose, pele marmorada ou reticulada, petéquias, rash, esclerodema, icterícia precoce.
- Alterações cardiopulmonares (taquipneia, dificuldade respiratória, apnéia, taquicardia e hipotensão);
- Alterações digestivas (intolerância alimentar, vômitos, diarreia, distensão abdominal com ou sem ansas visíveis).

Nota: O manejo da sepsis deve ser feito de acordo com as orientações do AIDI Neonatal

15

Slide 15

Anemia

A anemia pode ocorrer entre 3 a 12 semanas de vida, sendo mais frequente nos RN prematuros < 32 sem, pelas seguintes causas:

- Baixa produção de glóbulos vermelhos - diminuição da produção da eritropoetina.
- Curta vida dos glóbulos vermelhos (35 - 50 dias).
- Perdas sanguíneas.
- Deficiência de Vitamina E.
- Rápida taxa de crescimento do RN prematuro, que requer uma necessidade de aumentar o volume de glóbulos vermelhos.

As manifestações clínicas da anemia incluem a palidez, taquicardia, sopro cardíaco e sinais inespecíficos (ex: dificuldade de sucção, reactividade diminuída, fraco ganho ponderal, apnéia, etc).

Nota: O manejo da anemia no RN prematuro deve ser feito de acordo com as orientações do AIDI Neonatal

16

Slide 16

Icterícia (1)

• A icterícia é muito comum em RNs e está presente em cerca de 60% nos RNs de termo e de 80% nos RNs prematuros, e geralmente é considerada fisiológica. No RN prematuro, a icterícia pode aparecer após as 24 h de vida, tem o seu pico entre 3 a 5 dias, e o declínio é geralmente em torno de 10 dias mas, pode-se prolongar até 28 dias. A icterícia começa a ser visível quando o RN tem valores acima de 7mg/dl e pode ser classificada por zonas como demonstra a imagem a seguir.

ICTERICIA NEONATAL
Zonas de Kramer

- ZONA 1 (BT < 4mg/dL) - CABECA E PESEGO
- ZONA 2 (BT < 7mg/dL) - ATE O UMBIGO
- ZONA 3 (BT < 10mg/dL) - ATE OS ORELHOS
- ZONA 4 (BT < 15mg/dL) - ATE TORNANTOS / ANTEBRAÇO
- ZONA 5 (BT < 18mg/dL) - RESIÕES PALMAR / PLANTAR

BT = Bilirrubina Total

17

Slide 17

Icterícia (2)

Caso seja possível fazer fototerapia (ex: num Hospital Distrital) é importante manter uma distância de 50 cm entre as lâmpadas do aparelho e o RN, proteger os olhos e os genitais, controlar a hidratação (um RN desidratado ou que não de alimenta adequadamente tem uma capacidade diminuída de eliminar a bilirrubina), peso, temperatura, vigiar o aparecimento de possível rash cutâneo e mudar de posição a cada 3h. O controle da bilirrubina pode ser feito a cada 24h, se possível, e a suspensão da fototerapia quando a bilirrubina estiver 2mg/dl abaixo do nível inicial.

Critérios para o tratamento da Icterícia em RN ≥ 35 semanas de acordo com o risco

Idade (horas de vida)	Risco baixo		Risco intermédio		Risco alto	
	Foto	E-T	Foto	E-T	Foto	E-T
25-48	>13	>20	>11	>18	>9	>16
49-72	>15	>23	>13	>20	>11	>18
73-96	>17	>24	>15	>22	>13	>19
>96	>20	>25	>17	>24	>15	>19

Critérios de tratamento da Icterícia em RN < 35 semanas de acordo com o peso

Peso (kg)	RN saudável		RN doente	
	Foto	E-T	Foto	E-T
<1000	5-8	13-16	4-7	10-14
1000-2000	8-12	16-18	7-10	14-16
2000-3500	12-15	18-20	10-12	16-18
>3500			13-15	17-22

18

Slide 18

Transferência do RN com BxPN com sinais de perigo e/ou complicações

- As transferências intra-hospitalares ou inter-hospitalares, devem ocorrer após a estabilização do RN.
- Deve-se manter a assepsia, a normotermia, a permeabilidade da via aérea e ventilação adequada, a hidratação adequada e realizar a administração da primeira dose de alguns medicamentos pré-referência (ex: antibióticos, anticonvulsivantes)
- O transporte mais usado é a ambulância e esta deve ter, no mínimo, os seguintes requisitos:
 - Altura e espaço suficiente para a acomodar e fixar da incubadora de transporte ou berço com colchão aquecido.
 - Existência de uma fonte de energia, luz e controle de temperatura.
 - Existência de uma fonte de oxigênio.
 - Espaço para manipular o RN no caso de emergência.
 - Cintos de segurança para a equipe de transporte.

IMPORTANTE: Na falta de uma incubadora ou berço de transporte com colchão aquecido, deve-se transferir o RN de BxPN na posição canguru com mãe/pai ou familiar para evitar hipotermia. Durante a transferência deve-se evitar amamentar pelo risco de broncoaspiração, devendo-se priorizar a hidratação endovenosa por via periférica.

19

Slide 19

Referências

- 1- Ministério da Saúde. Brasília. Guidelines for the Kangaroo Method in Primary Care. Brasília, 2016
- 2-WHO. Método Madre Canguro. Guia prático, 2004
- 3-MISAU. Manual de formação para cuidados a bebês canguru, 2009
- 4-Ministério da Saúde. Brasília. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru, 2011.
- 5- Behrman R.E. & Vaughan V.C. Nelson Text book of Pediatrics. 19th Edition. W.B Saunders Company. Philadelphia, 2018.
- 6- WHO. Thermal Protection of the Newborn. WHO/RHT/MSM/97.2 Geneva,1997.
- 7-WHO. Kangaroo Mother Care– A Practical Guide. WHO. Geneva, 2003.
- 8-American Academy of Pediatrics, Helping Babies Survive. Essential Care for Small Babies (2015). <http://internationalresources.aap.org/Resource/Home>.

20

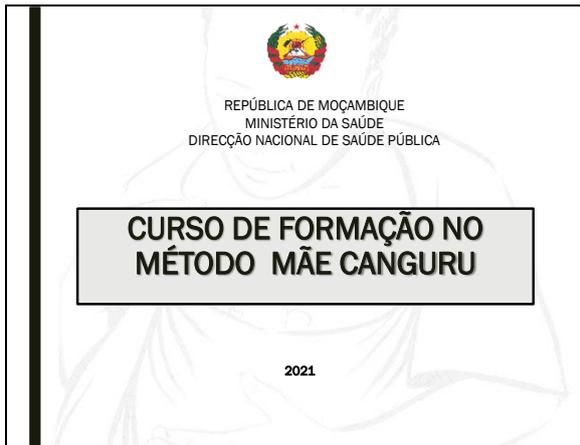
Slide 20

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

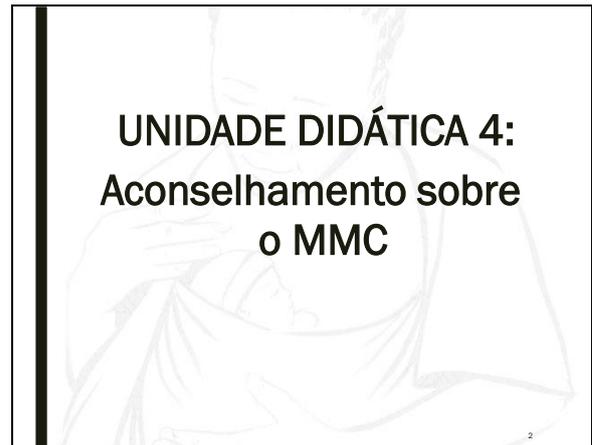


21

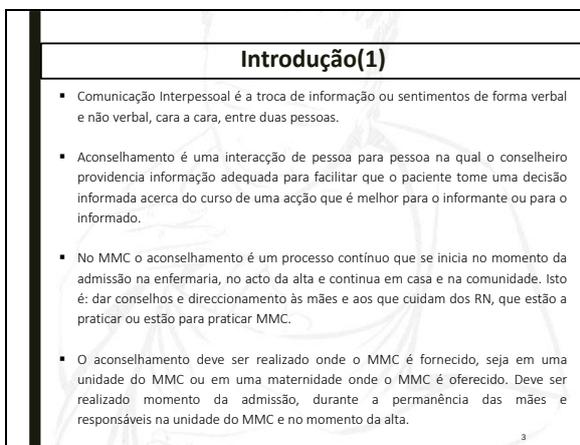
Slide 21



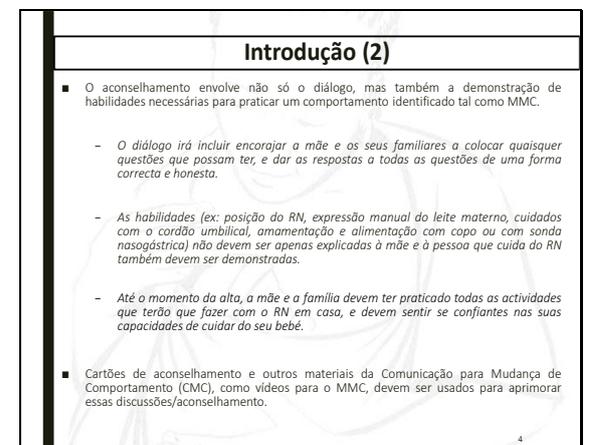
Slide 1



Slide 2



Slide 3



Slide 4



Slide 5



Slide 6

Aconselhamento durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC

Aconselhamento individual durante a estadia na enfermaria/quarto de MMC

- **Facilitadores:** Trabalhadores de Saúde treinados no MMC incluindo auxiliares de serviço da enfermaria.
- **Participantes:** Mães, familiares e acompanhantes.
- **Objectivo:** Garantir que os participantes saiam com habilidades necessários para providenciarem correctamente os cuidados para os seus bebés na enfermaria e quando forem para casa.

Capacidades a serem reforçadas no aconselhamento:

- Assegurar boa amamentação/alimentação do RN (posição, pega, espremer o leite, SNG/SOG, etc);
- Reconhecer os sinais de perigo no RN BxPN
- Realizar cuidados diários do RN
- Reconhecer e responder aos sinais do RN (estimular o desenvolvimento do RN)
- Conhecer os critérios para alta
- Fazer o planeamento familiar, após alta.

Slide 7

Aconselhamento antes da alta da enfermaria/quarto de MMC

Debates em grupo antes da alta da enfermaria/quarto de MMC

- **Facilitador:** Trabalhadores de saúde formados em MMC
- **Participantes:** Mães, acompanhantes e outros familiares
- **Objectivo:** Reforçar as práticas relacionadas com MMC de modo a facilitar que continuem a praticar em casa e garantir que os bebés sobrevivam.

Com apoio de perguntas, verifique se as mães sabem:

- Como e até quando devem fazer o MMC em casa;
- Quais os dias e a frequência de consultas de seguimento, de vacinação, etc;
- Quais os sinais de perigo e o que fazer;
- A importância e os diferentes métodos de planeamento familiar.

Peça as mães/pais para demonstrarem:

- Como irão fazer MMC;
- Comp irão amamentar;
- Como irão cuidar do RN;
- Como irão estimular o RN.

Slide 8

Princípios de comunicação interpessoal e aconselhamento

Princípios básicos de comunicação e aconselhamento

- Atmosfera receptiva
- Decisão informada
- Confidencialidade
- Não julgamento
- Liberdade de expressão
- Comunicação se envolvimento emocional
- Privacidade auditiva e visual.
- Reconhecer as limitações



Slide 9

Habilidades de comunicação interpessoal

Habilidade de Comunicação não verbal

- Relaxe
- Abra-se para o paciente
- Encoste-se para frente
- Contacto visual
- Sente-se confortavelmente

LINGUAGEM CORPORAL



Habilidades de Comunicação Verbal

- Clarificar
- Ouvir
- Encorajar e elogiar
- Reconhecer
- Reflectir e repetir



Slide 10

Referências

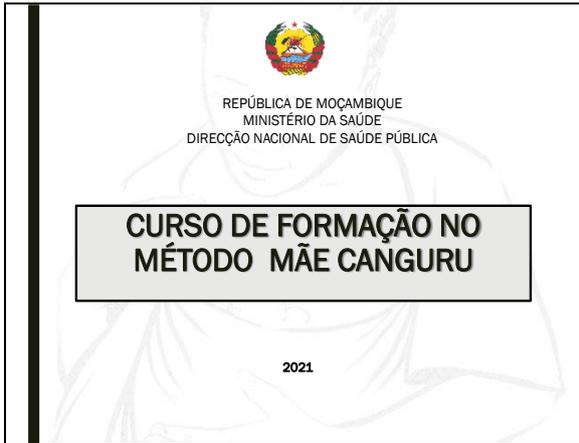
- 1- MISAU/USAID/YCN. Formação de Habilidades de Aconselhamento no Contexto Moçambicano da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), 2012
- 2- USAID. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência, 2017
- 3- WHO. Método Madre Canguru. Guia prático, 2004
- 4-MISAU. Manual de formação para cuidados a bebés canguru, 2009
- 5-Ministério da Saúde. Brasília. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru, 2011.

Slide 11

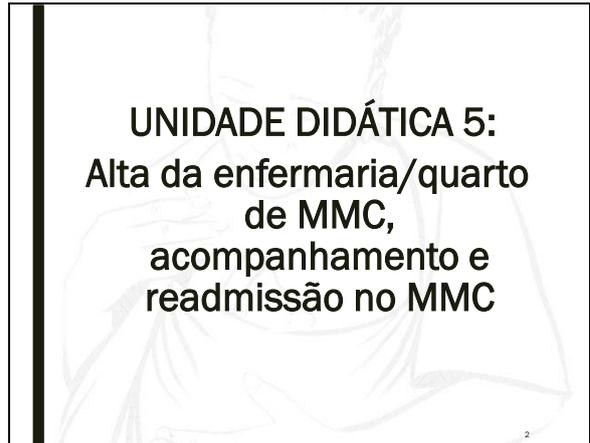
OBRIGADA PELA ATENÇÃO



Slide 12



Slide 1



Slide 2

Introdução

- A alta da enfermaria/quarto do MMC consiste na autorização para que a mãe regresse para casa junto com o seu RN. No entanto, após a alta as mães vão continuar a precisar de apoio que pode ser feito com o seu retorno a enfermaria /quarto de MMC.
- Os critérios para receber alta da enfermaria/quarto de MMC são:**
 - Mãe que aceita e está disposta a continuar com o MMC em casa, tem apoio da família e pode / está disposta a ir para as visitas de seguimento.
 - Posição canguru é bem tolerada pelo RN e pela mãe.
 - RN estável – sem sinais de perigo, sem dificuldade respiratória e com temperatura dentro da faixa normal (36,5-37,5 °C) para o MMC por pelo menos três dias consecutivos.
 - Ganho de peso apropriado (mais > 15 gr/dia) por 3 dias consecutivos (após recuperação do peso ao nascimento) e peso igual ou superior a 1500 gr;
 - Aleitamento materno exclusivo (sucção-deglutição coordenadas e aumento de peso).

Slide 3

Folha de pontuação de prontidão pré-alta (1)

- A fim de ajudá-los a melhorar suas habilidades na aplicação dos critérios de elegibilidade para alta do MMC, uma folha de pontuação de prontidão pré-alta foi compilada para o treinamento de MMC intra-hospitalar em Bogotá, Colômbia.
- A folha de pontuação diária ajuda a equipe médica e de enfermagem a avaliar regularmente o progresso da mãe e do seu RN. Sua função é auxiliar a equipe médica, e de enfermagem, na decisão de quando a mãe e o RN estão prontos para a alta.
- Esta folha para alta foi adaptada em muitos hospitais. A folha de pontuação diária do MMC é uma versão adaptada da usada no Hospital Kalafong na África do Sul.
- Alguns aspectos que são avaliados nesta folha de prontidão pré-alta são: o o ganho de peso do RN, a capacidade da mãe amamentar, produzir de leite, conhecimento do MMC, aceitação e aplicação do MMC e a confiança no manuseio do RN e administração de medicamentos.

Slide 4

Folha de pontuação de prontidão pré-alta (2)

Folha de pontuação diária do MMC				Data																	
Nome:		Amamentação:		MMC iniciado		Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 17
US:		Reg. Nº:		Peso -																	
Avaliação		Pontuação		Observações																	
0	1	2																			
Apio socioeconómico	Sem apoio no regime	Ajudar sempre ocasionalmente	Sem sistema de suporte																		
Produção de leite materno (ml)	Escasso < 10 ml de LM	Escasso 10 - 20 ml de LM	Escasso 20 - 30 ml de LM	Ótimo > 30 ml de LM																	
Posição e peso do bebé na cama	Sempre precisa de ajuda	Posição de apoio ocasionalmente	Não precisa de ajuda																		
Calorização do RN de acordo ao peso	Com a ajuda regular	Com a ajuda ocasionalmente	Com a ajuda ocasionalmente	Não precisa de ajuda																	
Confiança no manejo de RN (banho, alimentação, troca de fraldas)	Sempre precisa de ajuda	Posição de apoio ocasionalmente	Não precisa de ajuda																		
Sistema de peso do RN por dia	0 Zigrada	10 Zigrada	20 Zigrada	Deve pontuar 1 ou 2 em alguns dias antes de alta																	
Confiança na administração de medicamentos (por antibióticos)	Sem confiança	Alguns confiança	Totalmente confiança																		
Conhecimento de MMC	Sem conhecimento	Alguns conhecimento	Sem entendido																		
Avaliação e aplicação do MMC	Não aceita ou não aplica o método MMC	aceita e aplica parcialmente o método MMC	aceita e aplica totalmente o método MMC	Aplica o MMC (para pontuar internamente antes de alta)																	
Confiança em cuidar do bebé em casa	Não se sente seguro no caso	Sente-se um pouco inseguro e pouco confiante	Sente-se confiante																		
PONTUAÇÃO TOTAL INICIAL																					

Quando mãe e RN, como um par, pontuam continuamente acima de 19 usando a planilha eles são considerados para alta, independentemente do peso do RN.

Slide 5

Directrizes para o acompanhamento depois da alta da enfermaria/quarto de MMC

- Após a alta da enfermaria/quarto de MMC, é importante garantir o acompanhamento da mãe e do RN. Quanto menos peso tiver o RN na alta, precisará de visitas de seguimento mais frequentes.
- Embora as situações e os protocolos locais possam variar, a OMS recomenda que se façam:
 - Duas visitas de seguimento por semana até completar 37 semanas de idade gestacional corrigida;
 - Uma visita de seguimento por semana após 37 semanas de idade gestacional corrigida até às 40 semanas ou peso superior a 2500gr.

IMPORTANTE: No RN com muito baixo peso ao nascer, pode ser necessário um acompanhamento diário. Se isso não for possível, pode ser necessário adiar a alta até que sejam necessárias menos visitas de seguimento.

Slide 6

Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário (1)

MMC:

- Verifique a duração do contacto pele-a-pele, a posição, roupas, temperatura corporal, suporte para a mãe e o RN.
- O RN está mostrando sinais de intolerância? É hora de interromper o MMC (geralmente em torno de 40 semanas de IG ou um pouco antes)? Caso contrário, incentive a mãe e família para continuar o MMC, tanto quanto possível.

Amamentação:

- É exclusiva? Se sim, elogie a mãe e incentive-a a continuar. Caso contrário, explique a mãe como aumentar a amamentação e diminuir suplementos. Pergunte e observe a existência de qualquer problema e forneça ajuda. Se o RN estiver tomando leite artificial (fórmula), verifique sua segurança e adequação e se a família possui a quantidade necessária.

Crescimento/Peso:

- Verifique o ganho de peso de acordo com a última pesagem efectuada. Se o ganho de peso for adequado, ou seja, pelo menos 15gr/kg/dia, elogie a mãe. Se for inadequado, pergunte e procure por possíveis problemas, causas e soluções que podem estar geralmente relacionadas à alimentação ou à doença.

7

Slide 7

Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário(2)

Doença:

- Pergunte e procure qualquer sinal de doença, relatada ou não pela mãe, e faça o manejo de acordo com os protocolos e directrizes locais. No caso de amamentação não exclusiva, pergunte e veja particularmente se existem sinais de problemas nutricionais ou digestivos.

Medicamentos:

- Se o RN estiver a receber medicamentos prescritos, forneça um suprimento suficiente para durar até a próxima visita.

Imunização:

- Verifique se o cronograma de imunização está sendo seguido.

Preocupações da mãe:

- Pergunte à mãe sobre qualquer outro problema, inclusive pessoal, doméstico e problemas sociais. Tente ajudá-la a encontrar a melhor solução para todos eles.

Próxima visita de seguimento:

- Agende ou confirme a próxima visita. Não perca a oportunidade de verificar e aconselhar sobre higiene e reforçar a consciência da mãe dos sinais de perigo que precisam de cuidados imediatos

8

Slide 8

Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário(3)

Visitas especiais de seguimento:

- Se forem necessárias, para outros problemas médicos ou somáticos, incentive a mãe para cumprir e ofereça ajuda, se necessário.

Cuidados infantis de rotina:

- Incentive a mãe a frequentar as consultas de rotina quando o RN chegar aos 2500 gr ou 40 semanas de IG, e a realizar os rastreios na oftalmologia, otorrino e neurologia se necessário.

Cuidados responsivos e estimulação do RN:

- Ajude a mãe a perceber e a responder aos sinais do RN
- Demonstre a mãe e ajude a praticar as formas de estimular o bebe (conversas, toques etc.)

9

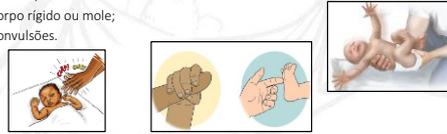
Slide 9

Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário(4)

Desenvolvimento neurológico do RN:

Devido à fragilidade neurológica do RN de BxPN, é essencial acompanhar o seu desenvolvimento durante as consultas e as visitas de seguimento. Os provedores de saúde devem avaliar o seguinte:

- Resposta ao som e às luzes;
- Resposta aos estímulos como toque na palma da mão e na planta do pé, etc;
- Presença de reflexo de Moro;
- Presença de micro ou macrocefalia;
- Presença de malformações nos membros de corpo, nas costas, etc;
- Ictericia;
- Corpo rígido ou mole;
- Convulsões.



10

Slide 10

Correcção da idade gestacional (“idade ajustada”)

Para avaliação dos marcos de desenvolvimento num RN prematuro, deve-se primeiro subtrair os meses ou semanas que faltaram até o parto à termo, e utilizar a “idade ajustada”. A correcção da IG é necessária porque os RNs prematuros necessitam dessa correcção para completar o tempo em falta para as 40 semanas.

Como calcular:

- Considera-se o marco de 40 semanas (RN a termo). Identifica-se a IG ao nascer e verifica-se quantas semanas faltaram para que o RN nascesse com 40 semanas. A diferença encontrada deverá ser descontada da idade cronológica nas consultas de seguimento, especialmente na avaliação do crescimento & desenvolvimento, até aos 2 anos de idade.

Nota: O seguimento da criança prematura, usando as curvas de crescimento da OMS, deve ser feita de acordo com a idade corrigida. Por exemplo, para uma criança que nasceu com 34 semanas de IG, faltavam 6 semanas (um mês e meio) para completar 40 semanas de idade gestacional (gestação a termo). Assim, quando essa criança tiver 6 meses, vamos considerar que ela tem 4,5 meses.

11

Slide 11

Avaliação em ambulatório do RN que faz MMC domiciliário (3)

Formulário para as visitas de seguimento do MMC

Município: _____ Unidade de seguimento: _____

Nome do Mãe: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Peso de nascimento: ____ gr Sexo: ____

Data de alta hospitalar: ____/____/____ Perda de peso: ____ gr

Data de início da MMC: ____/____/____

Data de alta: ____/____/____ Peso na alta: ____ gr

Diagnóstico(s): _____

Tratamento(s) administrado(s): _____

Atenuação após a alta: _____

Qualquer outra informação (observações) em caso de seguimento: _____

Nome do profissional de saúde: _____

Assinatura: _____

Nota: O peso (e/ou de desenvolvimento) deve ser anotado para cada consulta de acompanhamento, assim como o estado de desenvolvimento da criança.

Data da consulta: ____/____/____

Idade gestacional: ____/____/____

Nome: ____/____/____

Como o RN está se desenvolvendo? _____

Quantos sintomas ou problemas são relatados? _____

Condições sobre o estado: _____

Plano de tratamento e acompanhamento: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____

Nome: ____/____/____

Como o RN está se desenvolvendo? _____

Quantos sintomas ou problemas são relatados? _____

Condições sobre o estado: _____

Plano de tratamento e acompanhamento: _____

Data da próxima consulta: ____/____/____

12

Slide 12

Critérios para readmissão
<p>Readmita ao hospital se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O RN estiver a perder peso; • O RN tiver ganho menos de 15 gramas/dia em 3 dias consecutivos; • RN estiver doente; • A mãe não estiver a fazer MMC para um RN que tem menos de 2000gr.
Critérios para interromper o MMC
<ul style="list-style-type: none"> • RN atingiu o peso de 2500gr; • A mãe não deseja continuar o MMC para um RN com menos de 2000 gr, mesmo com aconselhamento adicional; • A mãe está doente ou não pode fazer MMC e o RN não tolera o MMC; • RN está doente.

13

Slide 13

Referências
1-Ministério da Saúde. Brasília. Guidelines for the Kangaroo Method in Primary Care. Brasília, 2016
2-WHO. Método Madre Canguro. Guia prático, 2004
4-Save the children. Cuidados ao recém-nascido. Manual de Consulta, 2004
5-MISAU. Manual de formação para cuidados a bebés canguru, 2009
6-Ministério da Saúde. Brasília. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru, 2011.
7-MCHIP/ISI/WFP/Outpatient kangaroo mother care with kangaroo follow up (up to term) and high risk follow up (up to one year of corrected age), 2017

14

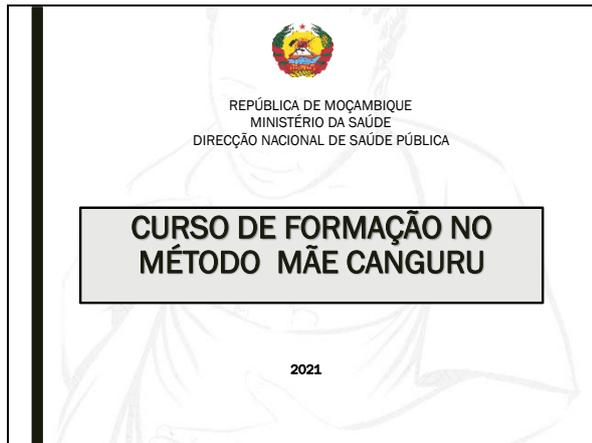
Slide 14

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

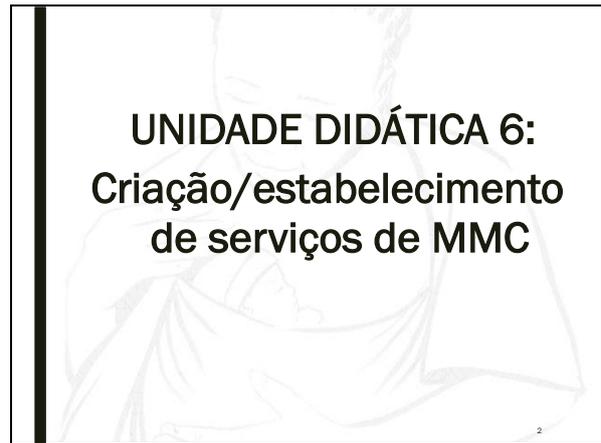


15

Slide 15



Slide 1



Slide 2

Razões para a criação e estabelecimento de serviços de MMC

- A relação custo-benefício do MMC é um factor positivo, pois oferece uma alternativa adequada à longa hospitalização.
- O MMC é um modelo com uma boa relação custo-benefício, cujo objectivo é aumentar a sobrevivência de RN prematuros e com BxPN, além de aumentar sua qualidade de vida.
- É um método poderoso e fácil de usar para promover a saúde e bem-estar de todos os RN, especialmente aqueles que são prematuros ou com BxPN.
- Deve ser um processo cuidadosamente planificado, com orientações claras sobre a implementação que incluem:
 - As vantagens da prática para o RN, mães e famílias;
 - O processo para implementar o MMC;
 - As habilidades clínicas necessárias para apoiar a prática de MMC;
 - O que é necessário para implementar na prática em uma US e apoiar a mãe a implementar em casa.

Slide 3

Passos para conseguir apoio institucional para implementar os serviços de MMC

PASSO 1	Colectar e avaliar informações vitais relacionadas às práticas do MMC
PASSO 2	Trabalhar com os políticos e gestores de saúde a nível provincial e distrital
PASSO 3	Trabalhar com as autoridades de saúde em todos os níveis necessários (comunidade e atenção primária à saúde)
PASSO 4	Implementar actividades de mobilização comunitária e de mudança de comportamento (se incluídas no desenho do programa)
PASSO 5	Preparar a Unidade Sanitária e a equipe para a implementação do MMC
PASSO 6	Apoio técnico e supervisão à equipe do programa MMC
PASSO 7	Avaiilar o programa de MMC

Slide 4

Passo 1: Colectar informações vitais

- Base de dados sobre RN prematuros e com BxPN, nos últimos 6 a 12 meses à nível nacional e / ou na área de saúde da US.
- Apresentar o custo do atendimento RN prematuros e com BxPN e como o MMC pode reduzir esses custos.
- Políticas/documentos orientadores, existentes e disponíveis, sobre o MMC.
- Normas padrão e protocolos nacionais, para atendimento do RN prematuro e com BxPN.
- Viabilidade do MMC.
- Recursos humanos treinados no MMC.
- Necessidades em termos de material, equipamento e suprimentos.
- Itens de carácter obrigatório

Slide 5

Passo 2: Trabalhar com os políticos e gestores de saúde a nível provincial e distrital

Realizar uma reunião de orientação e trabalho com os políticos, gestores de programas de saúde materno-infantil e chefes das enfermarias que irão implementar o MMC. Para tal será necessário rever as seguintes informações:

- Número de RN com BxPN, a nível local, nacional e regional.
- Como é que o MMC pode ajudar
- Viabilidade, custo, localização..etc
- Programa de implementação
- Como implementar
- Necessidades e recursos necessários
- Ligação US e casa
- Mobilização comunitária
- Supervisão / apoio técnico
- Monitoria & Avaliação

Slide 6

Passo 7: Avaliar o programa de MMC (2)

As partes interessadas também podem usar essas informações para futuras tomadas de decisão sobre:

- Viabilidade do programa de MMC;
- Implicação dos custos;
- Número de bebês prematuros/com baixo peso à nascença na instituição;
- Pessoal qualificado existente;
- Necessidades em termos de material e equipamento.

Nota: Em coordenação com a enfermeira chefe de SMI será necessário elaborar uma carta dirigida ao Director Distrital de Saúde (DDSMAS)/Médico Chefe solicitando um encontro para abordar a importância do MMC

13

Slide 13

Referências

- 1- OMS. Método Madre Canguro - Guia Prática, 2004
- 2- Ministério da Saúde. Brasília. Atenção Humanizada ao Recém-nascido – Método Canguru, 2017
- 3- MISAU. Manual de formação para cuidados a bebês canguru, 2009
- 4- Ministerio de Salud y Protección Social da Colombia. Kit Pedagógico y sitio web de formación para la implementación, fortalecimiento y actualización de los programas madre canguro en Colombia, 2010

14

Slide 14

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

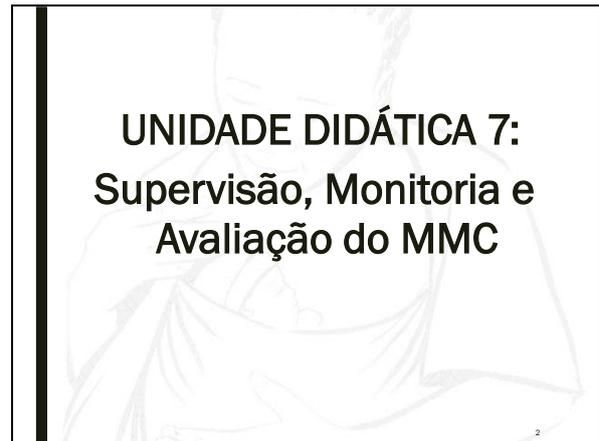


15

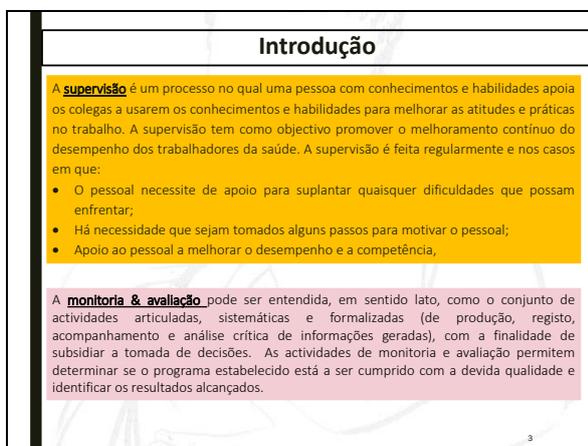
Slide 15



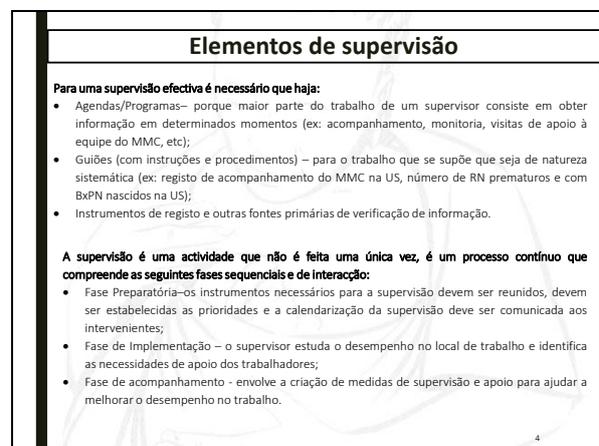
Slide 1



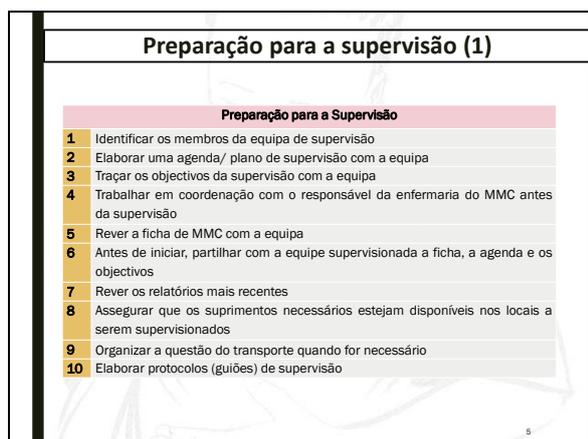
Slide 2



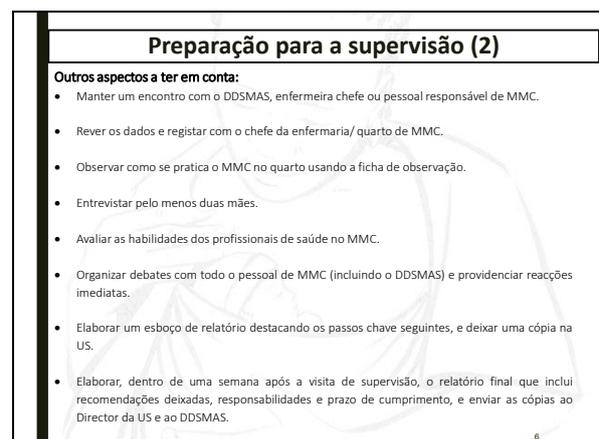
Slide 3



Slide 4



Slide 5



Slide 6

Conteúdos da supervisão (1)

Supervisão da disponibilidade e funcionalidade dos seguintes itens:

- Balanças de prato para pesar RN – disponibilidade/funcionamento correcto.
- Termómetros clínicos (de preferência os de leitura precisa).
- Equipamento de primeiros socorros – disponibilidade/funcionamento correcto.
- Aquecedores– radiantes/móveis.
- Ficha de registo de MMC.
- Roupa de cama – pacote para o RN, mantas, lençóis e almofadas para as mães
- Copos graduados para alimentação do RN.

Supervisão sobre os conhecimentos e habilidades nas práticas de MMC:

- Manutenção do aquecimento do RN;
- Alimentação do RN;
- Monitorização do crescimento do RN;
- Identificação e gestão de sinais de perigo do RN;
- Práticas de prevenção de infeções;
- Cuidados de desenvolvimento centrados na família e no RN.

7

Slide 7

Conteúdos da supervisão (2)

Supervisão na enfermaria/quarto de MMC em pleno funcionamento

- As enfermeiras afectas a enfermaria/quarto de MMC devem supervisionar as mães (devem ser enfermeiras formadas em todas as áreas de MMC);
- Devem supervisionar as mães na prática correcta do MMC (ex: contacto contínuo pele-a-pele, não dar banho ao RN, aleitamento materno exclusivo, etc);
- Devem supervisionar a disponibilidade e funcionamento em pleno de todos os itens recomendados para o MMC Recomendado se que constam da lista (ver primeiro bullet no slide 7);
- Supervisão em relação a aderência a todos os protocolos e procedimentos do MMC;
- Elaboração de uma agenda de seguimento




8

Slide 8

Responsabilidades na supervisão do MMC

Interviente	Responsabilidades
MISAU/DNSP	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Coordenar, e realizar, a supervisão de todo programa de MMC; ➢ Elaborar instrumentos/guões para a realização da supervisão do MMC; ➢ Analisar os relatórios das supervisões provinciais; ➢ Analisar os indicadores.
DPS	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Criar uma equipa provincial para a supervisão do MMC; ➢ Identificar uma pessoa focal que irá liderar a equipa provincial do MMC; ➢ Elaborar planos, com cronograma, para a supervisão provincial de MMC; ➢ Realizar supervisão utilizando o guião de supervisão; ➢ Analisar os dados recolhidos e introduzir na base do SIS-MA; ➢ Analisar o indicadores durante a supervisão do MMC; ➢ Elaborar relatórios das supervisões provincial; ➢ Analisar os relatórios das supervisões distritais.
DDSMAS	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Criar uma equipa distrital para a supervisão do MMC; ➢ Identificar a pessoa focal para liderar a equipa de supervisão distrital do MMC; ➢ Elaborar planos distritais de supervisão; ➢ Apoiar os provedores de saúde na realização de actividades no MMC na US (ex: garantir que o peso e a temperatura do RN tenham sido medidos e registados em tabelas apropriadas; garantir que os RN sejam alimentados de acordo com a condição de cada um e que as quantidades de leite materno prescritas estejam a ser registadas; garantir o registo de todos os cuidados prestados aos RNs; garantir que o aconselhamento às mães, sobre o MMC, está a ser feito, etc); ➢ Analisar os dados recolhidos e introduzir na base do SIS-MA; ➢ Elaborar o relatório da supervisão do distrito.

9

Slide 9

Monitoria e Avaliação (1)

Elementos que devem constar da recolha de dados

As fichas/diários no local da enfermaria/quarto de MMC devem **ter no mínimo** informação acerca do seguinte:

- Nome da mãe;
- Idade da mãe
- História da gravidez;
- Paridade;
- Data de parto;
- Data de admissão;
- Tipo de parto;
- Idade gestacional;
- Peso à nascença (em gramas);
- Peso na altura da admissão
- Sexo do RN;
- Data de alta do RN;
- Peso do RN na altura da alta;
- Detalhes de alta (alta clínica, óbito, transferência, etc)
- Complicações (especifique)
- Tratamento efectuado



10

Slide 10

Monitoria e Avaliação (2)

Indicadores de MMC

- O objectivo dos indicadores de MMC é de medirem o progresso da implementação do programa de MMC a nível nacional.
- No ano de 2017 foram publicados os 10 indicadores chave para a avaliar a implementação deste método (MMC). Estes 10 indicadores foram divididos em 2 grupos: a) indicadores de prontidão e; b) indicadores de processo e resultado. Esta selecção foi o resultado de um trabalho de consultoria à vários países e de uma avaliação de muitos outros indicadores. A escolha final dos mesmos baseou-se na sua facilidade de recolha, sus integração nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) dos diferentes países e a capacidade para medir a qualidade de serviços prestados.



11

Slide 11

Monitoria e Avaliação (3)

Indicadores de prontidão			
Indicador	Definição	Fonte	Frequência
Política Nacional inclui cuidados MMC	Sim/Não	Relatórios/ Documentos/Políticas Nacionais	Anual
Indicadores de MMC integrados no SIS-MA	Sim: SIS-MA reporta o número de RN que receberam MMC Não: SIS-MA não reporta o número de RN que receberam MMC	SIS-MA	Anual
Custeamento das intervenções de MMC	Sim: existe um plano de SMI que inclui intervenções de MMC orçamentadas	Relatórios/Políticas/ Documentos	Anual
Disponibilidade de Unidades de MMC funcionais	Numerador: Número de US com MMC operacionais conforme os padrões (provedores treinados, equipamento e espaço físico disponível)	Relatórios de actividades	Anual

12

Slide 12

Monitoria e Avaliação (4)

Indicadores de processo e resultado			
Indicador	Definição	Fonte	Frequência
Peso ao nascimento (% de RN com peso ao nascimento)	Numerador: número de RN que foram pesados ao nascimento Denominador: número de RN vivos	Inquéritos/Superávios/Registos da US	Inquérito quinquenal Superávios de rotina - anual
% de RN com peso \leq 2000 gramas*	Numerador: número de RN com peso \leq 2000 gramas Denominador: número de nascidos vivos	Inquéritos/Superávios/Registos da US	Inquérito quinquenal Superávios de rotina - anual
Cobertura de MMC: % de RN que receberam MMC na US	Numerador: número de RN admitidos na unidade de MMC Denominador: número de RN vivos ou número de RN com baixo peso à nascença	Numerador: livro de MMC Denominador: livro de maternidade	Rutina de SIM-MA - mensal
Monitoria de MMC: % de RN monitorizados na unidade de MMC de acordo com o protocolo padrão**	Numerador: número de RN seguidos na unidade de MMC de acordo com o protocolo nacional (registo correcto e preenchimento do processo individual) Denominador: número de RN admitidos na unidade de MMC	Ficha individual de seguimento do RN na unidade de MMC (Superávios e visitas de monitoria)	Anual
RN atendidos na unidade de MMC com critérios de saída registados	Numerador: número de RN com 1) alta clínica; 2) óbito; 3) transferido e 4) abandonado Denominador: número de RN que tiveram alta da unidade de MMC	Livro de MMC	Rutina de SIM-MA - mensal
% de RN que tiveram controlo clínico após a alta clínica da unidade de MMC	Numerador: número de RN que tiveram controlo clínico após a alta da unidade de MMC Denominador: número de RN que tiveram alta clínica da unidade de MMC	Numerador: ficha individual de MMC (superávios) Denominador: livro de MMC (resumo mensal)	Superávios/Superávios de rotina - trimestral

*O indicador internacional permite usar como base < 2500 gramas, já que muitos países registam este valor como crianças com baixo peso nos seus sistemas de informação, no lugar de < 2000 gramas
** Protocolos padrão do país (correcto preenchimento do processo individual do paciente em MMC)

Slide 13

Monitoria e Avaliação (5)



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTO DOS CUIDADOS MÃE CANGURU

ESTRITO: _____ Data de início do livro: ____/____/____

PROVÍNCIA: _____ Data do fim do livro: ____/____/____

UNIDADE SANITÁRIA: _____

MOD-SIS-BXXX

Slide 14

N.º de crianças Nascidas	N.º de crianças Mortas	N.º de crianças com peso ao nascimento < 2500g (RNPT)	Data de admissão com protocolo padrão (MCC)	Data de Nascimento (MCC)	Sexo do RN na data	PROVÍNCIA	IMM ERGICIONAL AO NASCIMENTO (DORRMS)		Tipo de parto	Resultado de RN a Mãe	Local de parto	Sexo	Perímetro antropométrico ao nascimento		Módulo de registo																																		
							IMM	ERGICIONAL					IMM	ERGICIONAL																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Slide 15

Referências

- 1- World Health Organization: WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. 2015
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/. Accessed 14 Aug 2020.
- 2-UNICEF, WHO. Every newborn: an action plan to end preventable deaths.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/every-newborn/en/. Accessed 22 Dec 2018.
- 3- MISAU. Plano de Acção para Cada Recém-nascido(PACRN), 2019
- 4- UNICEF. The state of the world's children 2019: statistical tables.
<https://data.unicef.org/resources/dataset/sowc-2019-statistical-tables/>. Accessed 15 Oct 2020.
- 5- Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn.
<https://www.unicef.org/reports/transforming-care-for-every-small-and-sick-newborn-2020/>. Accessed 13 Aug 2020.

Slide 16

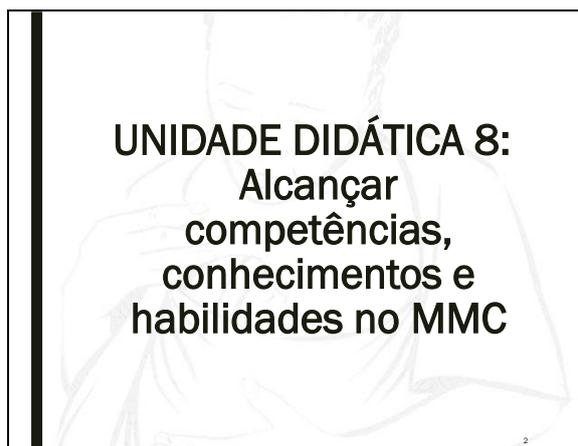
OBRIGADA PELA ATENÇÃO



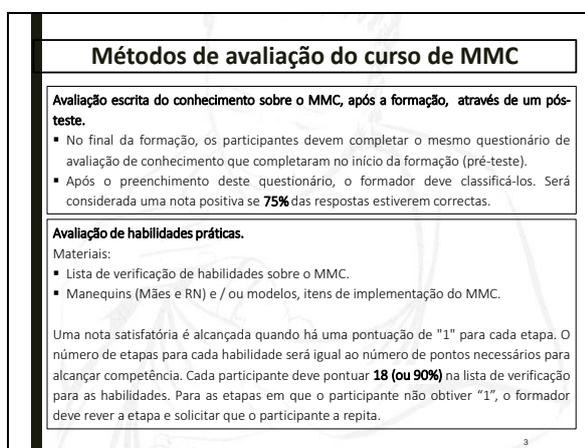
Slide 17



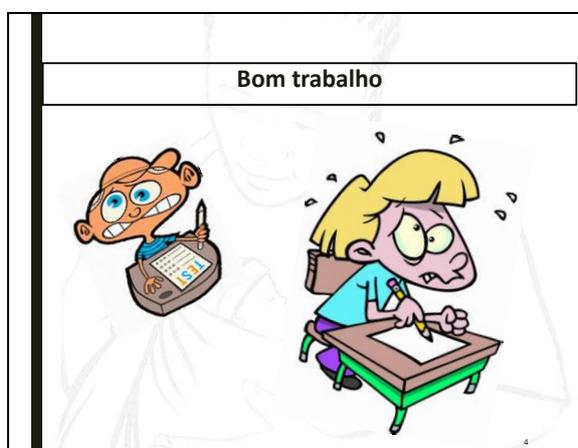
Slide 1



Slide 2



Slide 3



Slide 4



Slide 5