

Fisioter Bras 2018;19(1):13-8

ARTIGO ORIGINAL

Queixas dolorosas em participantes no método mãe canguru

Painful complaints of participants in the kangaroo-mother care method

Jacqueline Maria Gomes Pessoa da Silva, Ft.*, Maria do Amparo Andrade**, Eduardo José Nepomuceno**, Carolina Maria Pires Cunha**, Juliana Netto Maia**

*Graduada pela Faculdade Maurício de Nassau, **Prof. Departamento Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco

Recebido em 12 de outubro de 2016; aceito em 28 de novembro de 2017.

Endereço para correspondência: Carolina Maria Pires Cunha, Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Fisioterapia, Av. Professor Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, 50670-901 Recife PE, E-mail: cunhacarolina81@gmail.com; Jacqueline Maria Gomes Pessoa da Silva: jac_quel@hotmail.com; Maria do Amparo Andrade: mamparoandrade@yahoo.com; Eduardo José Nepomuceno: eduardo3montenegro@gmail.com; Juliana Netto Maia: juliananettomaia@yahoo.com.br

Resumo

O método mãe canguru (MMC) propõe que o contato pele a pele da mãe com o bebê ajude no desenvolvimento do recém-nascido de baixo peso (RNBP). No entanto estas mães podem apresentar queixas musculoesqueléticas. Assim este trabalho teve como objetivo mensurar através da escala visual analógica (EVA) as principais queixas dolorosas em participantes do MMC e verificar a correlação entre estas queixas com idade e peso do RNBP. Estudo realizado com 26 mulheres com RNBP internadas no alojamento canguru. Aplicou-se uma ficha de avaliação em dois momentos, primeiro na admissão e depois no sétimo dia de internamento. A puérpera era questionada sobre desconforto musculoesquelético, e quantificava através da EVA. Observou-se que 46,16% relataram alguma queixa algica no momento da admissão e, no sétimo dia, este percentual foi de 50%. O local mais acometido foi a região lombar com 66,7% e 61,3% nos dois momentos da análise sendo classificada como uma dor moderada para 100% e 84,6% respectivamente, houve correlação entre aumento da dor e ganho do peso do recém-nascido. O MMC parece não interferir no surgimento e agravamento da dor musculoesquelética. Porém puérperas apresentam desconforto muscular importante que pode aumentar de acordo com o ganho de peso do RNBP, sendo o MMC benéfico para o recém-nascido. Um acompanhamento adequado destas mulheres pode ajudar na adesão ao método.

Palavras-chave: método canguru, dor, período pós-parto.

Abstract

Objective: To measure the main pain complaints in participants of the Kangaroo-mother care method (KMCM) using the visual analog scale (VAS). **Methods:** This study was conducted in a public hospital located in Recife. The sample consisted of 26 mothers who had low weight newborn hospitalized in the Kangaroo accommodation. It was applied an evaluation form at two different times, the first evaluation was conducted in the day of admission; the second evaluation was conducted on the seventh day of hospitalization. During the evaluation the mothers were questioned about their musculoskeletal discomfort, quantified by the VAS method, and then they pointed at a figure to show their pain location. **Results:** 46.16% reported some pain complaint at the admission's day, on the seventh day this percentage was 50%. The most commonly affected area was the lumbar region with 66.7% and 61.3% in both time of the analysis. That pain was classified as moderate pain in 100% and 84.6% of the cases, respectively. Another finding was the correlation between the pain increase of the mother and the newborn gain of weight. **Conclusion:** The KMCM does not seem to interfere in the emergence and worsening of musculoskeletal pain. However women in the postpartum period have muscular discomfort that should be observed, considering that KMCM implies in great benefits to the newborn and that an appropriate monitoring of these women can help in adherence to the method.

Key-words: Kangaroo-mother care method, pain, postpartum period.

Introdução

O método mãe canguru (MMC) se baseia em três pilares: amamentação frequente e exclusiva, tentativa de alta hospitalar mais rápida e, o principal, contato pele a pele entre a mãe e o bebê. Para este contato o bebê posição vertical elevada entre as mamas, de frente para mãe, cabeça lateralizada, membros superiores flexionados, aduzidos com cotovelos próximos ao tronco e membros inferiores flexionados e aduzidos, envolvendo a díade com uma faixa de algodão é colocado firmemente, sem roupas ou apenas de fralda, verticalmente em posição flexionada contra o peito dos pais [1,2].

Vários são os benefícios descritos na literatura para o bebê inserido no método. Recente revisão sistemática com meta análise aponta os seguintes benefícios para o bebê de baixo peso ao nascer: diminuição da mortalidade e risco de sepse, melhora da hipotermia e hipoglicemia, diminuição do número de re-internações e aumento da amamentação exclusiva [3]

Apesar de todos os grandes benefícios para o bebê, vastamente apresentados na literatura, há uma grande lacuna sobre as repercussões que o MMC gera sobre a mãe envolvida no método. Em busca recente no Pubmed (setembro 2017), foram encontrados apenas quinze artigos [4-18]. Estas publicações versam sobre o lado emocional e motivações desta mãe. Entendendo que esta mulher se encontra na fase do puerpério e ainda sob várias influências hormonais e estruturais, acreditamos ser bastante relevante investigar queixas físicas destas mulheres.

Devido às alterações fisiológicas que são pertinentes ao período gestacional e puerperal, à escassez da literatura sobre as dificuldades, limitações e queixas algícas das mães no MMC, este trabalho teve como objetivo mensurar através da escala visual analógica (EVA) as principais queixas dolorosas em participantes do MMC e verificar a correlação entre estas queixas com idade e peso do bebê.

Material e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado em uma maternidade pública da cidade do Recife. A pesquisa foi previamente aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) sob o parecer 038/11. O presente estudo seguiu os preceitos do código de ética, artigo 196/96 do CNS, respeitando o anonimato das pacientes e exclusão de sua participação a qualquer momento da pesquisa. Após orientação sobre as etapas da pesquisa, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O processo de amostragem se deu de forma não probabilística, as participantes eram triadas segundo preenchimento dos critérios de elegibilidade. Foi composta por mães que possuíam recém-nascido de baixo peso (RNBP) internadas no alojamento canguru do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM).

Os critérios para participação da pesquisa: mães que estivessem ingressando no MMC, sem complicações decorrentes do parto e que aceitassem participar da pesquisa. Foram considerados como fatores de exclusão: mães menores de 18 anos e maiores de 40, histórico de doença musculoesquelética grave anterior ao período puerperal.

Os seguintes dados foram coletados através de uma ficha de avaliação individualizada: idade, escolaridade, peso, altura, história gestacional, antecedentes obstétricos, dados do recém-nascido, localização e intensidade da dor.

As mães participantes responderam as perguntas em dois momentos distintos, sendo o primeiro na admissão no alojamento canguru e um segundo momento no sétimo dia de internamento, quando a pesquisadora repetia as perguntas sobre a existência de algum tipo de dor musculoesquelética, sua localização e intensidade.

Para localização da dor, era mostrada a participante, uma figura do corpo humano nos planos frontal e posterior. Através desta figura a participante apontava o local onde sentia a dor.

A quantificação da dor foi avaliada pelo uso da escala visual analógica (EVA). A pesquisadora mostrava uma régua escalada de 1 a 10, tendo nos seus extremos os termos "sem dor" e a "pior dor imaginável". Sendo classificado como dor leve quando a participante indicava na escala um valor inferior a 3 cm, moderada de 3 a 7 cm e intensa quando fosse acima de 7 cm da linha da escala.

Para realização da análise estatística, utilizou-se o programa Excel 2003 da Microsoft na formatação dos dados e construção dos gráficos, juntamente com o programa estatístico R,

considerando um nível de significância de 5% para os resultados encontrados, com base nos objetivos traçados para o trabalho, que são de identificar as principais queixas algicas das participantes no 1º e no 7º dia de internamento no alojamento canguru, analisar relação da idade e peso do bebê com as queixas de dor das pacientes e identificar região corporal das pacientes com maior alteração no MMC.

Foi utilizado o teste T pareado para avaliar se houve uma significância do aumento/diminuição na média desse nível de dor nas pacientes para os dois momentos do alojamento canguru. A realização dos testes se deu ao nível de 5% de significância, ou seja, $p < 0,05$.

O coeficiente de Pearson foi utilizado para se medir o grau de associação entre as variáveis de perfil da amostra com a intensidade da dor para os dois momentos de análise.

Resultados

Durante o período do estudo foram admitidas no alojamento canguru 32 RNBP, a amostra final resultou em 26 mães que estavam nos critérios propostos, pois 4 delas tinham idade inferior a 18 anos, 1 possuía mais de 40 anos e 1 era a tia do recém-nascido. A tabela I demonstra a caracterização da amostra quanto à idade materna, peso, altura e IMC, bem como o peso do bebê.

Tabela I - Caracterização da amostra quanto à idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e peso do recém-nascido.

Caracterização da amostra					
	Idade (anos)	Altura (m)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Peso do Recém Nascido (kg)
Máxima	38	1,70	85,30	33,57	1,76
Mínima	18	1,51	53	18,79	0,890
Média	25,92	1,61	62,56	24,26	1,36
Desvio-Padrão	5,80	0,05	7,52	3,44	0,23

Valores apresentados em máximo, mínimo, média e desvio padrão.

Na tabela II está descrito o comportamento da dor durante o período do estudo. A amostra foi bem distribuída percentualmente quanto à presença ou ausência de alguma dor muscular nas participantes, tanto no início da internação quanto no sétimo dia. Para as que referiram dores musculares, houve uma predominância da região lombar com 66,7% e 61,53%, para os dois momentos, respectivamente. A dor moderada foi a mais citada pelas participantes. Apenas uma participante evoluiu com dor de moderada para intensa.

Tabela II - Caracterização da dor: presença da dor, classificação qualitativa e quantitativa através da com relação à dor no primeiro e no sétimo dia de internamento.

1º dia Internação			7º Dia de Internação		
Dores Musculares?	n	%	Dores Musculares?	n	%
Sim	12	46,16	Sim	13	50
Não	14	53,84	Não	13	50
Total	26	100	Total	26	100
Local da Dor	n	%	Local da Dor	n	%
Lombar	8	66,7	Lombar	8	61,53
Outros locais	4	33,3	Outros locais	5	38,47
Total	12	100	Total	13	100
Classificação da Dor (EVA)	n	%	Classificação da Dor (EVA)	n	%
Leve	0	0	Leve	1	7,7
Moderada	12	100	Moderada	11	84,6
Intensa	0	0	Intensa	1	7,7
Escala Visual Analógica - EVA			Escala Visual Analógica - EVA		
Máxima	7		Máxima	10	
Mínima	0		Mínima	0	
Média	2,42		Média	2,5	
Desvio-Padrão	2,81		Desvio-Padrão	2,84	

Não houve um aumento significativo da média do nível de dor nas pacientes após o sétimo dia de internação (Tabela III).

Tabela III - Resultado do Teste t pareado para o nível de dor, através dos valores quantitativos, da Escala Visual Analógica (EVA).

Variáveis	Teste t pareado			5%	
	1º dia Internação	Após 7º Dia de Internação	t		p
EVA	-	EVA	0,15	0,8	p>0,05

Na análise de correlação estatística, pode ser visto que após o sétimo dia de internação houve uma relação positiva forte, $r = 0,68$, indicando que o aumento de peso dos bebês acompanhou um crescimento do nível de dor das participantes (Tabela IV).

Tabela IV - Correlações estatísticas de Pearson estabelecidas entre nível de dor e peso do recém-nascido.

Variável correlacionada	Correlações estatísticas			5%	
	r	p			
1º dia Internação					
Peso Recém Nascido	-	EVA	0,35	0,07	p>0,05
Após 7º Dia de Internação					
Peso Recém Nascido	-	EVA	0,68	0,001	p<0,05

Discussão

O desconforto musculoesquelético é uma queixa comum entre as puérperas associado geralmente à sobrecarga física que está relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação. Durante o estudo foi verificado que na admissão 46,16% das entrevistadas já relataram alguma queixa algica e no sétimo dia este percentual foi de 50%, pois durante a pesquisa uma das participantes adquiriu processo doloroso durante a inserção no MMC.

Este achado sugere que o MMC, nos primeiros sete dias, parece não influenciar no surgimento e agravamento da dor musculoesquelética.

O local mais acometido foi a região lombar nos dois momentos da análise sendo classificada mais comumente como uma dor moderada. Este achado não corrobora os descritos em outro estudo que apresentava objetivo semelhante. No caso o estudo avaliou 15 mães inseridas no MMC, porém a dor mais relatada foi na região torácica [19].

No entanto, um estudo avaliando queixas algicas em 42 mulheres na fase da amamentação encontrou a dor lombar como a segunda mais referida (23,5%), ficando atrás apenas de dor na mama, em sua maioria decorrente de fissura [20].

Sabe-se que, durante a gestação, o corpo da mulher sofre uma série de alterações para permitir o desenvolvimento do feto. Na fase do puerpério, o corpo da mãe começa o período de recuperação, entretanto, espera-se que o corpo feminino apresente ainda efeitos da gravidez e parto [21]. Uma série de alterações ainda será necessária para que o organismo volte as condições anteriores à gestação. Este processo de retorno estará intensamente associado às transformações gestacionais experimentadas [22]. A dor lombar certamente é uma das mais comuns no período gestacional e parece se agravar no terceiro trimestre [23].

O que pode ser visto na literatura é que várias regiões do corpo podem sofrer com processos dolorosos na fase do puerpério. Um estudo com 76 mulheres comparando as que amamentavam com as que não amamentavam, aponta elevada frequência de desconfortos na

região lombar, seguida de ombros e cervical, sendo a amamentação referida como a segunda causa de seu desconforto [24].

Durante o internamento no alojamento canguru, as mães ainda encontram-se no período puerperal, recuperando-se das diversas alterações adquiridas na fase gestacional. Convém ressaltar que as mulheres estão no processo de amamentação, podendo ficar várias horas durante o dia na mesma posição e se esta postura for inadequada, ocorre uma sobrecarga especialmente da coluna vertebral, cintura escapular e membros superiores podendo surgir desconfortos musculoesqueléticos [24].

Este estudo encontrou uma relação direta entre o peso do recém-nascido e o aumento da dor no sétimo dia de internamento. Para atingir o peso mínimo, os recém-nascidos inseridos no MMC levam cerca de 5 dias, com velocidade absoluta de ganho de 11,2g/dia [25]. Somado a isto vale lembrar que as mães passam um longo período de tempo com o seu bebê na posição preconizada pelo método, inclusive durante o sono, isso significa que a mãe deve dormir em posição semi-sentada em uma almofada-encosto que permite uma inclinação entre 30 a 45 graus, o que pode contribuir para aquisição de problemas na coluna [26].

Atualmente, a dor é um desafio para os profissionais, envolve mecanismos não apenas os biológicos, mas integrada vários trajetos e sistemas e interage ativamente com o estado afetivo-motivacional de cada pessoa [27]. Para mensuração e quantificação da dor, as escalas unidimensionais são amplamente empregadas pela literatura como um instrumento prático e fidedigno, e devem dar subsídios aos profissionais para que identifiquem as alterações presentes no paciente e use a intervenção adequada permitindo traçar um programa de manejo e controle da dor [28].

O desconforto musculoesquelético pode surgir ou já está presente nas mulheres inseridas no MMC e vir a interferir nos cuidados ao bebê nesta fase tão importante na vida de ambos. No entanto, tratar-se de um método em que há uma melhora da temperatura corporal, aumento da saturação periférica de oxigênio, melhora da oxigenação tecidual, e redução na frequência respiratória, promovendo maior conforto respiratório aos RNPT [29].

O Ministério da Saúde [2] define o método canguru como sendo um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele o mais precoce possível entre a mãe e o seu bebê, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente o que permite desta forma, uma maior participação dos pais nos cuidados com o bebê. Assim, acreditando nos benefícios para o RNPT, é necessária uma avaliação precisa e detalhada na tentativa de buscar estratégias eficazes para prevenção e tratamento dos desconfortos que possam surgir neste período.

Portanto novas pesquisas que estudem as mães inseridas neste método e as repercussões físicas que ele pode ocasionar são necessárias. A partir daí pode-se promover a inserção de um fisioterapeuta, por exemplo, neste serviço. Este profissional pode intervir nos processos dolorosos instalados ou que possam acometer as mães inseridas no MMC.

Conclusão

Os dados deste trabalho sugerem que a inserção da mãe no MMC parece não interferir no desenvolvimento e agravamento da dor musculoesquelética nos primeiros sete dias de internamento. No entanto, pode-se perceber que quase metade da amostra estudada inicia no MMC com queixa algica moderada, sendo esta queixa mais comum em região lombar.

Sendo assim, para que o método seja aplicado de maneira plena e eficaz, é importante o completo bem-estar físico da genitora. Embora ainda não faça parte da rotina dos hospitais, a atuação do fisioterapeuta no alojamento canguru pode vir a minimizar as alterações da biomecânica que essas mães tendem a apresentar durante a aplicação do método canguru objetivando promover o sucesso do método mãe canguru.

Referências

1. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4(3):CD002771.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde da Saúde da Criança. Manual do curso de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso ao nascer: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137(1).

4. Lumbanraja SN. Influence of maternal factors on the successful outcome of kangaroo mother care in low birth-weight infants: A randomized controlled trial. *J Neonatal Perinatal Med* 2016;9(4):385-92.
5. Samra HA, Dutcher J, McGrath JM, Foster M, Klein L, Djira G et al. Effect of skin-to-skin holding on stress in mothers of late-preterm infants: a randomized controlled trial. *Adv Neonatal Care* 2015;15(5):354-64.
6. Athanasopoulou E, Fox JR. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J* 2014;35(3):245-62.
7. Badiee Z, Faramarzi S, MiriZadeh T. The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants. *Adv Biomed Res* 2014;3:214.
8. Chisenga JZ, Chalanda M, Ngwale M. Kangaroo Mother Care: A review of mothers' experiences at Bwaila hospital and Zomba Central hospital (Malawi). *Midwifery* 2015;31(2):305-15.
9. Castral TC, Warnock FF, Ribeiro LM, Vasconcelos MG, Leite AM, Scochi CG. Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. *Rev Latinoam Enferm* 2012;20(3):435-43.
10. Blomqvist YT, Frölund L, Rubertsson C, Nyqvist KH. Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scand J Caring Sci* 2013;27(2):345-53.
11. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Health* 2011;2(3):107-11.
12. Blomqvist YT, Nyqvist KH. Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *J Clin Nurs* 2011;20(9-10):1472-80.
13. Dombrowski MA, Anderson GC, Santori C, Burkhammer M. Kangaroo (skin-to-skin) care with a postpartum woman who felt depressed. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001;26(4):214-6.
14. Furlan CE, Scochi CG, Furtado MC. Perception of parents in experiencing the kangaroo mother method. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11(4):444-52.
15. Roller CG. Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(2):210-7.
16. Guimarães GP, Monticelli M. (Lack of) motivation of the puerperal mother to practice the Kangaroo Mother Method. *Rev Gaucha Enferm* 2007;28(1):11-20.
17. Alencar AE, Arraes LC, Albuquerque EC, Alves JG. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr* 2009;55(1):36-8.
18. Arivabene JC, Tyrrell MA. Kangaroo mother method: mothers' experiences and contributions to nursing. *Rev Latinoam Enferm* 2010;18(2):262-8.
19. Severino FG, Pinto JMS, Moura DS. Processos dolorosos em puérperas participantes do método mãe-canguru. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007;20(1):38-2.
20. Benedett A, Silva AI, Ferraz L, Oliveira P, Fragoso E, Ourique J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enferm* 2014; 19(1):136-40.
21. Spitznagle T, Leong F, Dillen L. Prevalence of diastasis rectus abdominis in a urogynecological patient population. *Int Urogynecol J* 2007;18(3):321-8.
22. Dias TMC, Barbalho TCS, Moura ACA, Souza RJS, Sousa VPS, Viana ESR. Recuperação da diástase de reto abdominal no período puerperal imediato com e sem intervenção fisioterapêutica. *Fisioter Bras* 2012;13(6):39-44.
23. Santos MD, Silva RM, Vicente MP, Palmezoni VP, Carvalho EM, Resende APM. Does abdominal diastasis influence lumbar pain during gestation? *Rev Dor* 2016;17(1):43-6.
24. Morari-Cassol EG, Campos Júnior D, Haeffner LSB. Desconforto musculoesquelético no pós-parto e amamentação. *Fisioter Bras* 2008;9(1):9-16.
25. Freitas JO, Camargo CL. Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. *Acta Paul Enferm* 2007;20(1):75-81.
26. Brito MHA. Modelo de assistência neonatal: comparação entre o método mãe canguru e o método tradicional [Tese]. São Paulo: USP; 2008. 228 p.
27. Martellia A, Zavarizeb SF. Vias nociceptivas da dor e seus impactos nas atividades da vida diária. *Uniciências* 2013;17(1):47-51.
28. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE* 2013;12(3):110-7.
29. Almeida CM, Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascido pré-termo de baixo peso. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(1):1-5.