



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO
DE ALMEIDA NEVES

CAMILA NASCIMENTO CAMPOS

**A INFLUÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU PARA A
MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

CAMILA NASCIMENTO CAMPOS

**A INFLUÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU PARA A
MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN - como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob a orientação da Professora Ana Cláudia Ribeiro Paiva.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

CAMILA NASCIMENTO CAMPOS

**A INFLUÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU PARA A
MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob a orientação da Professora Ana Cláudia Ribeiro Paiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva
(Orientadora)

Prof.^a Esp. Hélia Cristina de Souza
(Examinadora)

Prof.^a M^a Alice Conceição Christófarro
(Examinadora)

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Dedico esta monografia a todos os bebês prematuros, pois eles são minha inspiração e meus maiores exemplos de luta pela vida. Dedico especialmente, a minha orientadora Ana Cláudia Ribeiro Paiva, por me ajudar a enxergar o verdadeiro sentido e valor da vida e pela confiança depositada em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pelo dom maravilhoso e pela força que me concede a cada dia.

À minha orientadora e amiga Ana Cláudia Ribeiro Paiva, pelo carinho, paciência, apoio, incentivo, compreensão, confiança, amizade, dedicação e motivação em todos os momentos e por ser um exemplo de pessoa e profissional abençoada, ética, humana, iluminada e maravilhosa. Não consigo encontrar palavras para expressar o quanto o meu sentimento de gratidão é imenso. Sua presença marcante em minha vida foi essencial para que eu chegasse até aqui e é fundamental para eu continuar caminhando.

Ao meu pai Camilo e à minha mãe Rosimeire, pela vida, pelo exemplo de amor, sabedoria, dedicação, humildade e respeito.

Ao meu irmão Bruno e à minha cunhada Letícia, pelo incentivo e apoio de sempre.

Ao meu sobrinho Chiquitinho e à minha afilhada Beatriz, por me proporcionarem a paz através de gestos simples e sorrisos, em vários momentos de ansiedade e angústia.

Aos colegas de faculdade, por tudo de maravilhoso que vivemos nesses cinco anos, aprendi muito com vocês, uma grande família foi construída no decorrer do tempo.

À Fernanda, Wanderlaine, Mayra Coelho, Jaíne, Rosana e Thaís (minhas irmãs de coração), pela amizade, compreensão, confiança, carinho, preocupação, PACIÊNCIA (risos), apoio e incentivo de sempre.

A todos os meus professores, desde a pré-escola até a vida acadêmica, pelos ensinamentos, pela confiança, paciência, carinho e por tudo que me ajudaram a conquistar.

Aos familiares, amigos e ao meu namorado Jonas, pela força e principalmente por terem compreendido a minha ausência em tantos momentos.

Aos “pequenos-grandes” guerreiros da UTI Neonatal, vocês são minha inspiração!

A todos, MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. GESTAÇÃO E PARTO PREMATURO	12
1.1 Gestação	12
1.1.1 Fatores que influenciam a ocorrência do parto prematuro	15
1.1.2 A prematuridade e o comprometimento do vínculo afetivo	16
2. CONHECENDO O MÉTODO CANGURU	19
2.1 Breve histórico do surgimento do Método Canguru	19
2.1.1 Benefícios do Método Canguru	21
2.2 Atuação do enfermeiro para o sucesso do Método Canguru	25
3. ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE	27
3.1 Fisiologia da lactação: breves considerações.....	27
3.1.1 A importância do aleitamento materno para o recém-nascido prematuro	30
3.1.2 Ações da equipe multidisciplinar.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mãe e bebê prematuro – utilização do Método Canguru.....	20
FIGURA 2 – Presença dos pais na unidade em que o filho está internado – utilização do Método Canguru	22
FIGURA 3 – Esquema simplificado de um corte sagital da mama.....	27
FIGURA 4 – Reflexo da prolactina ou produção de leite e reflexo da ocitocina ou “descida” do leite	29
FIGURA 5 – Sonda-seio (técnica da mama vazia) – estímulo da sucção	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RESUMO

O nascimento de um bebê prematuro modifica completamente as expectativas da família em relação ao novo membro. Além dos sentimentos de medo e insegurança que preenchem a vida dos pais, o recém-nascido é separado de forma brusca de seus genitores logo após o nascimento, devido à necessidade de cuidados especiais para a manutenção da vida em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo privado de tudo que um bebê termo recebe ao nascer, comprometendo significativamente o vínculo afetivo entre pais e filho e o processo da amamentação. Assim, faz-se necessário, reduzir ao máximo o comprometimento do vínculo afetivo, possibilitando a interação dos pais nos cuidados com o filho internado de forma precoce. É possível ainda, através de uma técnica simples, oferecer um tratamento mais humanizado, acolhedor e eficiente à mãe e ao bebê prematuro, o método canguru. Diante deste contexto, objetiva-se com o estudo, oferecer aos leitores um conhecimento sobre a importância do cuidado canguru em seus amplos benefícios, enfatizando a importância desse método para a manutenção do aleitamento materno exclusivo nos recém-nascidos prematuros e destacar a importância do leite materno para a recuperação e desenvolvimento desses bebês. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico baseada em literatura específica, artigos e manuais referentes ao tema. Ao final do estudo, foi possível constatar que a utilização do método canguru em uma UTIN promove a estabilidade emocional da mãe, aumentando a segurança e motivação da mesma, o que contribui de forma significativa para a manutenção da lactação.

Palavras-chave: Método Canguru; Prematuro; Vínculo Afetivo; Aleitamento Materno; Lactação.

INTRODUÇÃO

O método canguru tem grande importância no que diz respeito ao cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro e também à sua mãe. Ele exerce grande influência na manutenção do vínculo afetivo entre mãe e filho, através do contato pele a pele, proporcionando vários benefícios para ambos, bem como o aumento das chances de sobrevivência e diminuição do tempo de internação do neonato. Com a utilização do método, a mãe prematura sente-se menos ansiosa e amedrontada, além de sentir-se mais motivada e competente para cuidar de seu filho. Em consequência disso, a manutenção do aleitamento materno exclusivo no recém-nascido prematuro será facilitada, apesar de ser um grande desafio para os profissionais de saúde, mãe e bebê.

A maioria dos neonatos prematuros, principalmente os prematuros extremos, precisam passar por vários processos de tratamento, cuidado, desenvolvimento e adaptação, até que estejam prontos para amamentar diretamente no seio materno. Esses fatores contribuem muito para a diminuição da produção de leite e para o desmame precoce.

Para prevenir esses problemas, a interação da família com a equipe de saúde no período de internação do neonato e a promoção de condições que facilitem a mãe a permanecer junto ao bebê em contato pele a pele, são medidas importantes a serem tomadas. Outro fator importante, é que as mães precisam ser muito bem orientadas quanto à importância da ordenha para manter a produção de leite e também o conhecimento das formas para oferecer o leite materno ao seu filho até que ele esteja preparado para amamentar diretamente ao seio.

Este estudo tem por objetivo oferecer aos leitores um conhecimento sobre a importância do método canguru em seus amplos benefícios para mãe e filho, enfatizando a importância desse método para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no recém-nascido pré-termo (RNPT). Pretende-se elucidar sobre a importância da presença da mãe junto ao filho internado, o maior tempo possível, assim como enfatizar a importância da interação da equipe de saúde com a família, para proporcionar ao bebê um cuidado pautado pela humanização, proporcionando conhecimentos sobre a importância do contato pele a pele para a manutenção do vínculo afetivo entre mãe e filho, além de relacionar o método canguru com a manutenção da lactação.

A escolha do referido tema surgiu pela necessidade de demonstrar a importância do aleitamento materno exclusivo de bebês prematuros, apesar das dificuldades existentes para tal conduta. Visto que o RNPT é separado de forma brusca da mãe, devido ao seu estado de

saúde que inspira cuidados especiais em uma UTIN, o que compromete a amamentação e o vínculo afetivo entre pais e filho. Entretanto, o enfermeiro e toda a equipe da unidade de internação do neonato, podem contribuir de forma significativa para a redução do comprometimento do vínculo afetivo, através do incentivo aos pais na interação dos cuidados com o filho e através da promoção do cuidado canguru, um método simples, mas que possui um papel fundamental na manutenção do aleitamento materno.

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Para melhor compreensão do tema, o presente estudo foi dividido em três capítulos, a saber: o primeiro capítulo traz breves considerações sobre o processo da gestação, fatores que influenciam a ocorrência do parto prematuro e sobre o comprometimento do vínculo afetivo entre pais e filhos, decorrente da prematuridade. Já o segundo capítulo aborda o histórico do surgimento do método canguru, benefícios e a atuação do enfermeiro para o sucesso desse método. E o terceiro e último capítulo descreve a fisiologia da lactação de forma breve, enfatiza a importância do aleitamento materno para os recém-nascidos prematuros e aborda as ações da equipe multidisciplinar no que diz respeito à manutenção da amamentação exclusiva desses bebês.

1. GESTAÇÃO E PARTO PREMATURO

1.1 Gestação

O processo da gestação é muito complexo, pois a chegada de um filho modifica completamente o contexto familiar em vários aspectos, tais como: psicológicos, físicos, sociais e econômicos.

O diagnóstico da gravidez é baseado no exame físico, na história e nos testes de laboratório. A gestação deve ser a primeira suspeita em caso de amenorréia¹ ou atraso da menstruação. Além disso, outros sinais e sintomas apresentados pela mulher são as náuseas e o aumento do abdome. É necessário avaliar o ciclo menstrual da mulher, a data da última menstruação e a atividade sexual. A partir disso, o teste imunológico de gravidez deve ser solicitado. Quando o resultado é positivo, há a confirmação da gravidez e o acompanhamento da gestante deve ser iniciado, mas quando se trata de um teste negativo, o mesmo deve ser repetido após quinze dias (BRASIL, 2006, p. 20).

De acordo com Brasil (2011, p. 28), é muito importante que os profissionais que acompanham o casal grávido, compreendam os processos de mudanças que começam antes do início da gestação e acompanham a família para sempre, pois a gravidez desencadeia várias repercussões no âmbito familiar, por marcar um momento de grande importância no ciclo vital tanto da mulher quanto do homem.

No decorrer da gestação, a mulher e o homem iniciam o processo de preparação para a nova função que irão exercer na vida: serem pais. Cada indivíduo deve ter consciência do seu novo papel, além de compreender o novo papel do parceiro. Portanto, a mulher que está gestando pela primeira vez, além de adquirir a função de ser mãe, deve começar a enxergar seu companheiro não somente como marido, mas também como pai (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p. 215).

Conforme Brasil (2006, p. 15), a presença do pai no pré-natal é cada vez maior e a participação dele deve ser incentivada para a preparação do casal para o parto. A gravidez, o parto, o momento do nascimento e o puerpério são fases repletas de sentimentos. Por isso é muito importante não colocar obstáculos na participação de um acompanhante durante essas fases, pois a presença de uma pessoa da escolha da mulher oferece vários benefícios à mesma, porque ela se sente mais segura e mais confiante. Tal conduta ajuda na redução do uso de

¹ Amenorréia: Ausência de menstruação (FERREIRA, 2004, p. 117).

medicamentos para aliviar a dor, número de cesarianas, duração do trabalho de parto e casos de depressão pós-parto.

Durante todo o processo de gravidez a mulher enfrenta vários tipos de mudanças fisiológicas e emocionais. Portanto, além do apoio familiar, a mulher precisa de apoio e acolhimento dos profissionais de saúde.

No primeiro trimestre aparecem mudanças repentinas de humor, ocorrem as primeiras modificações corporais, a mulher teme o aborto, a ambivalência (quer e não quer estar grávida) é frequente e surgem alguns desconfortos como: cansaço, náuseas, sono excessivo, desejo e aversões por alguns alimentos. No segundo trimestre, a mulher sente a presença do filho, pois ela já pode perceber os movimentos fetais, as modificações no corpo continuam e há também alterações no desempenho e no desejo sexual. Já no terceiro trimestre, a ansiedade aumenta devido a proximidade do parto e aparecem os medos, além do aumento das queixas físicas (SARMENTO; SETÚBAL, 2003, p. 263).

As mesmas autoras (2003, p. 264) completam que os profissionais precisam estar atentos para as mudanças que ocorrem nas fases da gestação e evitar o excesso de influência da técnica, sempre criando condições para escutar e acolher a mulher grávida.

Cunningham *et al* (2000, p. 164) afirmam que,

As adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que ocorrem em mulheres em virtude da gravidez são profundas. Muitas dessas alterações começam logo após a fertilização e continuam durante a gestação, e a maioria de tais adaptações significativas ocorre em resposta a estímulos fisiológicos produzidos pelo feto ou pelos tecidos fetais.

Em consequência de várias alterações fisiológicas durante o período gestacional, a mulher consegue perceber várias mudanças em seu corpo e ainda apresenta vários sinais e sintomas físicos relacionados à gravidez e ao desenvolvimento do feto.

No início da gestação é comum a mulher apresentar náuseas, vômitos e vertigens. No decorrer da gravidez, a pirose (azia) também é comum. Portanto, é fundamental a gestante ser orientada quanto à importância de uma dieta saudável. Outros sinais e sintomas frequentes que a mulher grávida pode apresentar são as dores no abdome, cólicas ou lombalgias (desde que não seja contração uterina), cefaléia por tensão emocional, edema limitado aos tornozelos, flatulência, constipação intestinal, corrimento vaginal sem sinais de infecção, ampliação do número de micções, varizes e câimbras (BRASIL, 2001, p. 61-62).

De acordo com Cunningham *et al* (2000, p. 197), a gravidez dura aproximadamente 280 dias ou 40 semanas. Essa média é calculada a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual.

Os mesmos autores (2000, p. 225) completam que os últimos momentos da gestação humana são marcados por contrações uterinas fortes que são responsáveis por produzirem a dilatação da cérvix e também por forçarem a passagem do feto pelo canal do parto. Durante esse período, acontece um grande gasto de energia, por isso é usado o termo *trabalho de parto* para descrever esse momento. As contrações do trabalho de parto são dolorosas, por esse motivo é utilizado o termo *dores* para descrever esse processo.

Segundo Ziegel e Cranley (2008, p. 313-314), a duração do trabalho de parto depende de várias situações, não somente de mulher para mulher, mas também por trabalhos de parto sucessivos da mesma mulher. No início, as contrações não são muito frequentes e são fracas. No decorrer do processo, ocorrem com mais frequência e com intervalos de dois a três minutos aproximadamente. O trabalho de parto é marcado por três etapas:

- Etapa de dilatação: inicia com as contrações em períodos regulares e finaliza com a completa dilatação do colo uterino.
- Etapa de expulsão: tem início com a completa dilatação do colo uterino e finaliza com a saída do feto.
- Etapa placentária: inicia assim que a criança nasce e finaliza com a liberação da placenta.

Os mesmos autores (2008, p. 313) afirmam que,

[...] Às vezes a gravidez termina antes do termo; quando isso acontece *após* o feto haver atingido o período de viabilidade (por volta da vigésima sexta semana da gravidez), mas *antes* da trigésima sexta semana de gestação, o termo *trabalho de parto prematuro* é empregado.

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico e natural, acarreta várias mudanças na vida da mulher e de toda a família. Além disso, problemas inesperados como o trabalho de parto prematuro podem ocorrer, abalando a estrutura familiar.

1.1.1 Fatores que influenciam a ocorrência do parto prematuro

O nascimento de um bebê prematuro modifica completamente as expectativas da família relacionadas ao novo membro, pois, além da separação brusca da mãe e do filho, surgem os medos e a insegurança em relação à vida do bebê.

A definição de RNPT como o nascimento de um bebê antes da 37ª semana de gravidez é, no mínimo, incompleta. A prematuridade é uma questão ampla e possui variadas dimensões, é mais intensa quanto menor a idade gestacional. Cada vez que uma mulher grávida dá a luz a um bebê prematuro, esse bebê oferece ao mundo uma mãe prematura, sendo assim, ambos necessitam de um olhar especial. Portanto, essas condições envolvem a mãe, a família, o lugar que o bebê precisa ser introduzido para a luta pela sobrevivência, o papel do pai, a especificidade e o alto custo do cuidado, além de graus de mortalidade e sobrevida que variam (TAVARES, 2010, p. 211).

O trabalho de parto prematuro pode ser desencadeado por vários fatores de risco e que são difíceis de controlar, tais como: infecções e várias complicações clínicas, idade avançada, gestação gemelar, estresse emocional, reprodução assistida, entre outros (BITTAR *et al*, 2005, p. 561).

Nettina (2011, p. 1297) completa que apesar da etiologia do trabalho de parto prematuro ser desconhecida, existem vários fatores de risco que podem antecipar o parto, tais como: história anterior de parto prematuro; vários abortos; baixo peso antes da gravidez; diabetes; hipertensão; anemia; placenta prévia; descolamento prematuro de placenta; gestação múltipla; anormalidades no feto; poli-hidrânio² ou oligo-hidrânio³; mulheres que apresentaram sangramento no primeiro trimestre da gravidez; infecção; ruptura da bolsa; idade da mãe abaixo de 17 anos ou acima de 35 anos; tabagismo, alcoolismo ou uso de outras substâncias; violência doméstica e estresse; trabalho de longa jornada; falta de pré-natal ou cuidados pré-natais tardios.

Ramos e Cuman (2009, p. 298) confirmam que,

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade.

² Poli-hidrânio: É o volume do líquido amniótico bem acima do normal (REY, 2008, p. 709).

³ Oligo-hidrânio: Baixo nível de líquido amniótico que, na maioria dos casos está associado com crescimento intra-uterino retardado (REY, 2008, p. 642).

Conforme Ziegel e Cranley (2008, p. 573), o início precoce do pré-natal e o acompanhamento contínuo durante toda a gravidez, ajudam na prevenção do trabalho de parto prematuro, pois uma boa assistência promove uma melhor manutenção do estado geral de saúde da mulher, além da detecção e tratamento precoce de condições anormais. Esses fatores contribuem para a mãe e o bebê chegarem ao final da gravidez nas melhores condições possíveis.

O trabalho de parto prematuro com causa desconhecida ocorre em grande número. Além disso, também não são conhecidas medidas preventivas para os casos de gestação múltipla, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e poli-hidrâmnios. Porém, a internação hospitalar da mãe aumenta a probabilidade de sobrevivência do filho, com o objetivo de tentar inibir o trabalho de parto pelo menos por um tempo suficiente para a maturação dos pulmões do bebê. Entretanto, a indução precoce do trabalho de parto algumas vezes é necessária devido a complicações maternas (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p. 573).

Os mesmos autores (2008, p. 573) afirmam que,

As condições em que a prevenção do parto prematuro pode ser possível pelo diagnóstico precoce e tratamento adequado incluem as toxemias gravídicas, a sífilis, as doenças crônicas como diabetes e doença cardiovascular-renal, a incompetência do orifício cervical, a infecção do trato urinário, doenças infecciosas agudas, e das anomalias do trato genital. A sífilis não é mais uma causa importante de parto prematuro como já foi no passado, devido à assistência pré-natal mais precoce e o tratamento mais efetivo da doença. Alguns partos prematuros causados por anomalias do trato genital podem ser evitados pelo exame e tratamento antes da concepção. Certas anomalias fetais, outro fator de parto prematuro, podem ser evitadas aconselhando-se a mãe a não se expor a infecções, a vírus e a drogas.

Com o avanço da tecnologia e da ciência, é possível a sobrevivência de bebês com idade gestacional e peso cada vez menor, o que antes era considerado inviável (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005, p. 49).

Ter um filho acarreta várias mudanças em uma família, portanto, é muito importante o apoio aos pais, principalmente quando ocorrem situações inesperadas como o nascimento de uma criança prematura, abalando completamente a estrutura familiar.

1.1.2 A prematuridade e o comprometimento do vínculo afetivo

Ao nascer, o bebê prematuro é acolhido na UTIN, com o objetivo principal de manutenção da vida. Portanto, o vínculo afetivo entre os pais e o bebê fica comprometido.

Reichert *et al* (2007, p. 204) relatam que a UTIN possui tecnologia avançada, profissionais qualificados e capacitados que contribuem para reverter distúrbios que colocam em risco a vida dos bebês. Entretanto, a internação neste ambiente oferece ao RNPT várias terapias agressivas, estressantes e dolorosas. Para os pais, a UTIN é um local de esperança e medo. Esperança pelas chances de sobrevivência que este setor proporciona ao filho e medo devido aos riscos que os bebês prematuros enfrentam. Além disso, existe o sentimento de frustração, pois geralmente os pais não estão preparados para separarem do filho logo após o nascimento.

Segundo Brasil (2011, p. 40), o RNPT é separado da mãe de forma brusca devido ao seu estado que necessita de cuidados especiais. Assim, o vínculo afetivo entre família e bebê fica prejudicado, pois o prematuro é privado de tudo que um bebê termo recebe ao nascer. No lugar dos cuidados dos pais, ele necessita de procedimentos invasivos. O odor do corpo da mãe é substituído pelo odor dos tecidos da incubadora. Além disso, ele inala o cheiro de substâncias usadas nos procedimentos que são necessários para o seu tratamento. O RNPT leva mais tempo para escutar novamente a voz dos pais e sentir o cheiro deles, bem como receber carinho, afago e ter o contato pele a pele com seus genitores.

A internação do bebê em uma UTIN, na maioria das vezes representa uma situação de crise que envolve toda a família, principalmente a mãe, pois o recém-nascido precisa receber cuidados em um ambiente assustador e diferente, abalando completamente a família. O bebê desejado e imaginado é diferente do bebê real e os pais sentem-se culpados pela situação do filho, prejudicando de forma espontânea a formação do vínculo afetivo. Dessa forma, é muito importante o acolhimento familiar pela equipe de saúde, com o objetivo de minimizar o sofrimento dos pais (OLIVEIRA *et al*, 2011, p. 768).

Os mesmos autores (2011, p. 768) completam que estabelecer laços entre os sentimentos de medo e esperança que os pais enfrentam na UTIN é muito importante, para isso, a equipe de saúde assistente precisa promover o contato entre mãe e filho.

Brasil (2011, p. 40) completa que é necessário que a equipe de saúde faça de tudo para reduzir a separação entre o bebê prematuro e seus pais, com o objetivo de fortalecer o vínculo afetivo. Portanto, é necessário que o ambiente da UTIN seja acolhedor e receptivo tanto para os pais, quanto para o filho. Muitas vezes os pais pensam que não são importantes para o bebê internado e que não podem contribuir para a sua melhora, principalmente quando não são orientados quanto à importância dos cuidados deles para com o filho. Estes sentimentos dificultam a formação ou o fortalecimento do vínculo afetivo.

A equipe de saúde que faz parte da UTIN precisa ser sensibilizada quanto à importância do planejamento de uma assistência pautada pela humanização, com o objetivo de proporcionar ao bebê e à sua família um ambiente acolhedor e repleto de tranquilidade, apesar da situação vivenciada (REICHERT *et al*, 2007, p. 206).

Assim, Scochi *et al* (2003, p. 540) afirmam que é importante que a equipe de enfermagem facilite o contato precoce entre os pais e o filho prematuro, visando estabelecer o apego e o vínculo.

Reichert *et al* (2007, p. 212) ainda apontam que,

É oportuno destacar a responsabilidade que a enfermagem possui de envolver os familiares, centrado na figura dos pais, no cuidado direto aos seus bebês. Métodos e intervenções devem ser implementados, com a finalidade de propiciar a participação dos mesmos no cuidado de tais crianças, com o auxílio de procedimentos estritamente necessários a sua evolução, minimizando condutas agressivas e estressantes.

O enfermeiro precisa estar sempre presente e atento às necessidades e reações do recém-nascido e da família, pois existem várias situações que necessitam mais do que cuidados técnicos, situações em que a família necessita de auxílio para encarar problemas e compartilhar sentimentos (OLIVEIRA *et al*, 2011, p. 774).

O nascimento de um filho prematuro proporciona muita insegurança aos pais, devido à situação inesperada vivenciada pelos mesmos, os riscos que um RNPT enfrenta e a separação brusca do filho. Portanto, diante de tais situações, faz-se necessário reduzir o estresse dos pais e do filho, promovendo a interação da família nos cuidados ao recém-nascido. Além disso, através de uma técnica simples, é possível oferecer um tratamento ainda mais acolhedor e eficiente à mãe e ao filho prematuro, proporcionando o contato direto entre eles através do método canguru, assunto que será abordado no capítulo seguinte.

2. CONHECENDO O MÉTODO CANGURU

2.1 Breve histórico do surgimento do Método Canguru

O cuidado canguru é um método que proporciona uma atenção humanizada ao recém-nascido prematuro internado em uma UTIN e também à sua mãe, pois permite que a mesma permaneça a maior parte do tempo junto ao filho, promovendo a manutenção do vínculo afetivo.

Klaus (1993) *apud* Toma (2003, p. S234) nos diz que a existência de unidades de cuidados intensivos e de equipamentos como as incubadoras possibilitam atualmente, a sobrevivência de recém-nascidos cada vez menores. Entretanto, as rotinas desses tipos de unidades podem implicar de forma negativa na formação dos laços afetivos, além de influenciar no cuidado futuro desses bebês por parte dos pais.

Com a utilização do método canguru, a tecnologia é substituída de forma progressiva pela mãe, pois a mesma, através de sua pele, mantém seu filho aquecido. A prática é iniciada no hospital e continua no domicílio com o acompanhamento da equipe de saúde (SLOAN *et al.*, 1994; CHRISTENSSON, 1996; CHARPAC *et al.*, 1997; CATTANEO *et al.*, 1998; TESSIER *et al.*, 1998; LIMA *et al.*, 2000 *apud* TOMA, 2003, p. S234).

O método é indicado para bebês que nascem com o peso inferior a 2.000g oferecendo vários benefícios ao recém-nascido e sua mãe, pois o contato pele a pele diminui o estresse da mãe, proporcionando à mesma o desenvolvimento da capacidade de cuidar de seu filho (TAVARES, 2010, p. 213).

O mesmo autor (2010, p. 212) afirma que em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá (Colômbia), os pediatras Edgar Rey Sababria e Hector Martinez, foram os maiores responsáveis pela criação do Programa Mãe Canguru. Esse programa surgiu devido ao alto índice de bebês prematuros abandonados por suas famílias, pois as normas clássicas da unidade neonatal, que restringia o acesso das mães a esse tipo de unidade prejudicava o vínculo afetivo entre mães e filhos. Além disso, existiam as dificuldades econômicas e sociais do Instituto Materno-Infantil e de toda a comunidade, devido ao alto índice de bebês prematuros e pouca tecnologia atualizada para o tratamento desses recém-nascidos. Assim, as incubadoras foram substituídas pelo hábito marsupial de manter o bebê próximo ao peito, junto ao colo, mudando completamente o paradigma de atenção ao RNPT.

Tavares (2010, p. 212) ainda aponta que a criação do método canguru representou muito mais que uma simples mudança de ambiente do bebê prematuro e de baixo peso ao

nascer. Toda essa inovação promoveu também uma mudança brusca no aspecto da interação da família no cuidado com o recém-nascido internado. Assim, a restrição da mãe ao contato com o filho chegou ao fim, permitindo à mesma o desenvolvimento da capacidade de cuidar de seu bebê. Dessa forma, a quantidade de bebês internados foi reduzida e o tratamento a esses pacientes passou a ser mais humanizado (FIG. 1).



FIGURA 1 – Mãe e bebê prematuro – utilização do Método Canguru.

FONTE: Disponível em: < <http://www.sesa.pr.gov.br>>. Acesso em: 10 de set. 2013.

Brasil (2011, p. 13) completa que,

A partir de então, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno ganhou o mundo, recebendo adeptos e opositores, como é natural em todo o processo de aplicação de novas tecnologias. Entre os adeptos, podíamos observar aqueles cuja bandeira inicial era contrapor, com a nova proposta, o chamado tecnicismo desenvolvido para o cuidado do recém-nascido pré-termo, substituindo dessa forma a “máquina e o especialista” pelo “humano e familiar”. A crônica dificuldade de se obter recursos adequados para a saúde pareceu acenar com uma “metodologia salvadora e de baixo custo”.

Os primeiros serviços de saúde no Brasil, que desenvolveram o método canguru foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos (São Paulo), em 1992 e o Instituto Materno-Infantil em Recife (Pernambuco), em 1993. Assim, a partir da experiência nesses dois

hospitais, houve a expansão do cuidado canguru no país (ARIVABENE; TYRREL, 2010, p. 132).

De acordo com Lamy *et al* (2005, p. 660), durante as três últimas décadas, o cuidado canguru tem despertado interesse entre os profissionais que trabalham em unidades neonatais. No Brasil, esse método é uma Política Nacional de Saúde, pois no país, o cuidado pautado pela humanização ao RNPT em uma UTIN é considerado de grande importância para o tratamento e a assistência de qualidade a esses bebês.

Para Brasil (2011, p. 15): “A visão brasileira sobre o Método Canguru implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos.”

A criação do Programa Mãe Canguru na Colômbia foi responsável por uma grande mudança no modelo de assistência ao RNPT internado e sua família. A partir do surgimento desse método, a restrição da presença dos pais na UTIN chegou ao fim, contribuindo de forma significativa para a formação e manutenção do vínculo afetivo entre mãe e filho, proporcionando vários benefícios para ambos, através de uma assistência simples, humanizada e eficiente.

2.1.1 Benefícios do Método Canguru

O método canguru, além da formação e da manutenção do vínculo afetivo, proporciona vários benefícios ao RNPT internado e sua mãe, bem como o estímulo ao aleitamento materno, diminuição do tempo de internação do neonato, entre outros.

Cecchetto (2010, p. 208) afirma que o cuidado canguru exige a presença dos pais nos cuidados com o filho para carregá-lo junto ao peito em decúbito ventral, promover amor, aquecimento, reforçar o apego e estimular o aleitamento materno. E quando não for possível utilizar o leite da própria mãe, recorrer ao leite humano pasteurizado de outras mães.

Araújo *et al* (2010, p. 305) completa que o cuidado canguru proporciona benefícios ao RNPT e de baixo peso e também aos seus familiares. A participação contínua dos pais desde o início promove efeitos positivos em relação aos cuidados com a criança após sua alta (FIG. 2).



FIGURA 2 – Presença dos pais na unidade em que o filho está internado – utilização do Método Canguru.

FONTE: Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 31 de out. de 2013.

Brasil (2011, p. 15) nos diz que o método canguru é dividido em três etapas. A primeira etapa tem início logo após o nascimento do bebê que precisa ser internado em uma UTIN, sendo o objetivo principal, interagir os pais nos cuidados com o filho através do contato pele a pele de forma progressiva e segura. Assim, é trabalhado também o estímulo à lactação (produção de leite). Além disso, é realizada a proposta do método canguru sempre que possível. A segunda etapa exige que a criança esteja estável clinicamente, com ganho de peso regular, a mãe precisa ter interesse, segurança e disponibilidade para permanecer junto ao filho o maior tempo que desejar e que for possível. Nessa etapa, o cuidado canguru é realizado pelo tempo que a mãe considere seguro e prazeroso. A terceira etapa é iniciada com a alta hospitalar e requer acompanhamento ambulatorial do bebê e de sua família.

Tavares (2010, p. 213) afirma que,

[...] a metodologia tem como base fundamental a permanência da mãe próxima ao filho, funcionando como um antídoto para o abandono e os maus-tratos à infância. Uma vez atingidas as condições básicas de estabilidade clínica, o bebê torna-se elegível, pronto para deixar a unidade neonatal e seguir com seu crescimento e desenvolvimento, acomodado ao corpo de sua mãe quando ela se mostrar desejosa de participar e revelar equilíbrio físico e emocional.

Agudelo *et al* (2004) *apud* Venâncio e Almeida (2004, p. S175) afirmam que os recém-nascidos prematuros submetidos ao método canguru possuem menor risco de infecção hospitalar, doenças graves e ainda apresentam um maior ganho de peso em relação aos bebês assistidos no método convencional, através de incubadoras.

Tavares (2010, p. 217-218) ainda aponta que o cuidado canguru interfere no ambiente da UTIN de forma protetora e as principais mudanças ocorridas pela adoção desse método são:

- Vínculo: A ligação entre o bebê e a família é valorizada, incentivada e consentida desde o momento da internação do RNPT na UTIN.
- Toque: O toque profissional deverá ser trocado pelo toque carinhoso e protetor dos pais.
- Som: A voz e os batimentos cardíacos da mãe substituem os vários sons que existem no ambiente da UTIN. A voz materna acalenta o bebê, promovendo o vínculo e o apego.
- Dor: O aconchego do colo materno e a sucção ao seio funcionam como um mecanismo natural de luta contra a dor.
- Luz: A luminosidade contínua da UTIN impede a percepção do bebê em relação à noite e ao dia, que é necessária para o funcionamento adequado do relógio biológico. O sono é muito importante para o crescimento e reorganização neurocerebral. A mãe contribui muito para a proteção do sono do filho através de canções, redução de barulhos e a colocação das mãos sobre os olhos do bebê com o objetivo de diminuir a luz.
- Postura: A posição canguru proporciona ao neonato uma postura semelhante à que ele vivenciou na vida intrauterina. No colo da mãe ele permanece alinhado e consegue movimentar os quatro membros; desenvolve e cresce de forma mais ordenada e é mais preparado para desenvolver suas habilidades, como por exemplo, sugar no seio materno.
- Contenção: A contenção leve do bebê é feita pela faixa canguru ou pelo abraço delicado da mãe, promovendo apoio e conforto ao recém-nascido, impedindo que o mesmo gaste energia com movimentos involuntários, além de diminuir o estresse provocado por esses tipos de movimentos.

Estudos do campo da psicologia do desenvolvimento, mais especificamente ligados às teorias cognitivas, apontam que a criação de vínculos mais profundos entre mãe e filho

contribui significativamente para o desenvolvimento objetivo e cognitivo da criança, conforme Ferreira e Acioly-Régner (2010, p. 21-38) elucidam em um estudo sobre as principais contribuições de Henri Wallon, no que diz respeito à relação de cognição e afetividade e suas implicações na aprendizagem da criança.

O desenvolvimento humano completo está associado aos aspectos cognitivos e afetivos, pois cuidar e educar só podem ser concretizados com afeto e amor. Dessa forma, as relações afetivas não podem passar despercebidas, justamente por fazerem parte da natureza do ser humano e do seu desenvolvimento, o que implica positivamente nos processos cognitivos. Portanto, a afetividade é fundamental para se formar pessoas felizes, seguras e com capacidade de conviver com o mundo (AMORIM; NAVARRO, 2012, p. 1-2).

As mesmas autoras (2012, p. 6) afirmam: “A afetividade deve estar presente desde a vida intrauterina, até os últimos dias de vida, se manifestando como uma fonte geradora de potência e energia e sendo o alicerce sobre a qual se constrói o conhecimento racional.”

Os laços afetivos são muito importantes para a formação da personalidade da criança e as primeiras experiências amorosas são vivenciadas pelo recém-nascido, representadas pelo seio materno. Wallon (2007) *apud* Ferreira e Acioly-Régner (2010, p. 26-27) destacam que não existe separação entre o desenvolvimento psíquico e o desenvolvimento biológico, ou seja, o que existe é uma relação mútua do ser vivo e do meio em que ele vive.

Os cuidados convencionais em uma UTIN podem gerar prejuízos no desenvolvimento afetivo e na aprendizagem do ser humano. Venâncio e Almeida (2004, p. S175) afirmam que as condições clínicas desfavoráveis de um bebê prematuro implicam na separação dele de sua família, conforme já mencionado anteriormente. E essa separação, principalmente de sua mãe interfere de forma negativa na construção de laços afetivos, o que pode comprometer o desenvolvimento psicoemocional do RNPT.

Existem estudos e evidências que comprovam que um contato íntimo entre mãe e filho prematuro pode influenciar de forma positiva na relação do recém-nascido com o mundo. A utilização do método canguru para promover essa proximidade proporciona várias modificações no organismo do binômio mãe-filho, pois o contato pele a pele estimula a liberação de ocitocina afetando o comportamento da mãe de forma positiva, promovendo o bom humor da mesma, o que facilita o contato e a formação de laços afetivos com o filho (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004, p. S175).

Tavares (2010, p. 218) completa que,

A aplicação da metodologia Mãe Canguru para o tratamento de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso é o grande recurso que a ciência disponibiliza no caminho do respeito integral aos direitos invioláveis desses bebês. Considera-os integralmente. Não faz discriminação social ou étnica. Respeita sua individualidade, o seu apego, a sua família. Cuida de sua dor, de seu sono, de sua necessidade de interação adequada. Evita-lhe a tortura do isolamento e a insanidade da dor, causada de modo vasto e indiscriminado pelo modelo convencional. Devolve-lhe a família. Facilita a sua amamentação e, com isso, proporciona-lhe um desenvolvimento neuropsicomotor de modo ímpar. Integra-o definitivamente ao planeta Terra, como legítimo representante da espécie humana, ainda vítima de um ambiente despreparado para atender às suas necessidades.

O método canguru oferece vários benefícios ao bebê prematuro e à sua mãe. A promoção deste tipo de cuidado possibilita a interação dos pais nos cuidados com o filho internado, contribuindo para a formação e para o fortalecimento dos laços afetivos entre eles, reduzindo assim, vários problemas no contexto familiar e no desenvolvimento afetivo e cognitivo da criança. A equipe de enfermagem, que lida a maior parte do tempo com o paciente e sua família, possui um papel fundamental de motivar os pais a cuidarem do filho, objetivando a manutenção do vínculo afetivo, bem como a manutenção da lactação.

2.2 Atuação do enfermeiro para o sucesso do Método Canguru

Quando um bebê prematuro vem ao mundo, ele é acolhido na UTIN para cuidados especiais e necessários à manutenção de sua vida. Além do bebê, os pais também precisam ser acolhidos de forma humanizada pela equipe de saúde, motivados a interagirem nos cuidados com o filho e assim que possível, o RNPT poderá ser colocado no colo da mãe, através da utilização de uma técnica muito eficaz, o método canguru.

Diante deste contexto, surge a enfermagem como agente motivador e de manutenção da técnica, de certa forma simples, mas que exige da mãe um envolvimento para que todo processo ocorra. Dessa forma, Arivabene e Tyrrel (2010, p. 136) asseveram,

[...] a equipe de enfermagem deverá conhecer o perfil socioeconômico dos clientes e reconhecer a realidade da vivência da mãe-família em seu contexto social, valorizando a incorporação desses indivíduos no processo de cuidar e de assistir o recém-nascido prematuro e a mãe prematura. Para tal proposta, é necessário que a enfermagem conheça, compreenda e transforme sua assistência, na qual mãe-bebê-família devem ser vistos em sua cultura própria, entendendo a necessidade de promover cuidados de enfermagem na perspectiva transcultural.

Assim, Rocha *et al* (2013, p. 48) completam: “[...] a equipe de enfermagem estabelece, sim, um vínculo com a mãe, no sentido de formalizar um cuidado humanizado que priorize a saúde do bebê internado na UTIN.”

O cuidado realizado pela equipe de enfermagem no método canguru promove uma relação de confiança entre os pais e o recém-nascido internado, interferindo positivamente na assistência ao paciente (SANTANA *et al*, 2013, p. 43).

Meira *et al* (2008, p. 26) afirma que o enfermeiro que possui contato de forma contínua com o recém-nascido internado, pode promover e implantar a utilização do cuidado canguru, expondo as vantagens da utilização desse método, como por exemplo, a importância da participação dos pais nos cuidados com o filho para a manutenção e formação do apego e também a recuperação do bebê. Para a implantação e sucesso do método canguru, esse profissional precisa aperfeiçoar seus conhecimentos e ter interesse sobre esse tipo de cuidado.

Segundo Duarte e Andrade (2005, s.p.), o enfermeiro desempenha várias funções no método canguru, entre elas estão: a identificação dos bebês e das famílias para participarem do método; realizar a entrevista dos pais assim que houver possibilidade; estimular interação dos pais nos cuidados com o filho, bem como, cuidados de higiene, banho e administração da alimentação; auxiliar as mães nos cuidados com as mamas e extração do leite; fazer orientação e acompanhamento dos pais nos horários de administração de dieta ao filho; ajudar a colocar o RNPT em posição canguru, promovendo conforto; colocar a criança em uma posição que facilite seus genitores a segurar o glúteo e a região dorsal (da criança) com a mão; aconchegar as extremidades do bebê em flexão e cobri-lo com um cobertor leve; posicionar corretamente a cabeça e o pescoço do recém-nascido, com o objetivo de manter suas vias aéreas pervias; monitorar os sinais vitais do bebê; estar sempre disponível para apoiar e assistir a família.

O profissional de enfermagem possui um papel fundamental para a implantação do método canguru na UTIN em que trabalha, com o objetivo de proporcionar aos pais e ao RNPT um cuidado mais eficiente e humanizado. Além disso, o contato direto entre mãe e filho, através do cuidado canguru, é um fator muito importante para a manutenção do aleitamento materno exclusivo no bebê prematuro, que tem extrema importância para o desenvolvimento e recuperação do mesmo, conforme será explicitado no capítulo que se segue.

3. ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE

3.1 Fisiologia da lactação: breves considerações

A preparação da mama para a amamentação tem início durante a gravidez. Esse processo envolve vários fatores e a ação de hormônios que participam ativamente da produção de leite (lactação), possibilitando a mãe alimentar seu bebê após o nascimento e durante muito tempo.

Conforme Brasil (2009, p. 19), a mulher adulta apresenta de 15 a 25 lobos mamários em cada mama. Esses lobos são glândulas túbulo-alveolares e cada glândula possui de 20 a 40 lóbulos, estes por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Entre os lobos mamários são encontrados vasos sanguíneos, tecido adiposo, tecido linfático, tecido nervoso e tecido conjuntivo. A produção de leite acontece nos alvéolos e existem ductos que transportam o leite até os seios lactíferos, há um seio lactífero para cada lobo mamário, com uma saída independente no mamilo (FIG.3).

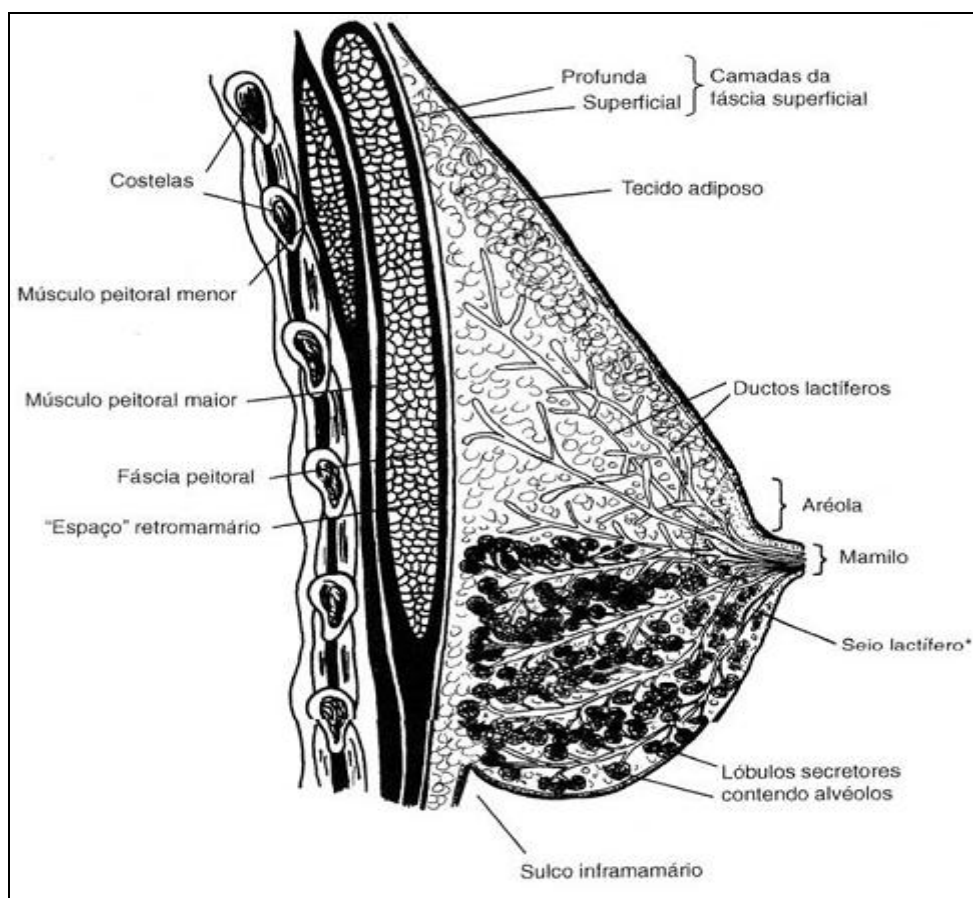


FIGURA 3 – Esquema simplificado de um corte sagital da mama.

FONTE: (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010, p. 4).

A produção de leite depende de vários fatores endócrinos, neurais e psíquicos. Esses fatores possuem relação direta com a maturação fisiológica das glândulas mamárias, secreção e ejeção do leite e manutenção da produção do mesmo (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010, p. 11).

Os mesmos autores (2010, p. 11) afirmam que no decorrer da gestação ocorre a secreção de um hormônio hipofisário denominado prolactina, que tem sua concentração elevada no sangue até o parto, momento em que os níveis desse hormônio aumentam ainda mais. A secreção do leite pelas células alveolares é de responsabilidade da prolactina. No entanto, durante a gravidez a secreção do leite é inibida devido a grande concentração de estrogênio e progesterona (hormônios placentários). A concentração desses hormônios diminui rapidamente logo após o nascimento da criança, com a remoção da placenta. Assim, os efeitos inibitórios da ação da prolactina pelo estrogênio e pela progesterona cessam, em consequência disso, ocorre a secreção do leite pelas células secretoras das glândulas mamárias.

Brasil (2009, p. 19) nos diz que: “A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a ‘descida do leite’, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio.”

Para Júnior e Romualdo (2010, p. 12), a secreção do leite acontece no intervalo das mamadas e é lenta. A maior parte do leite fica armazenado nos alvéolos, já o sistema de ductos mamários armazena uma pequena quantidade. O leite é secretado nos alvéolos através da ação da prolactina, porém, não é transportado automaticamente para os ductos e para o mamilo. É necessário um reflexo conhecido como reflexo de ejeção ou “descida” do leite. O hormônio responsável pela ejeção é denominado ocitocina, que também é um hormônio hipofisário. Além disso, fatores psíquicos também estimulam o reflexo de ejeção.

Os mesmos autores (2010, p. 12) ainda apontam que o nível de prolactina reduz após o nascimento do bebê e retorna aos níveis não gravídicos. Entretanto, o estímulo do mamilo durante a amamentação é responsável por conduzir impulsos nervosos até o hipotálamo (responsável pela secreção de vários hormônios), que gera um fator de liberação da prolactina e o conduz até a adeno-hipófise (que produz a prolactina), aumentando 10 a 20 vezes a secreção do hormônio, mantendo assim a secreção do leite. O esvaziamento da mama contribui para a secreção da prolactina e também para a ação de fatores que controlam a lactação. Caso a mãe pare de amamentar, ou não esvazie a mama (enquanto não puder amamentar), a secreção do leite para depois de alguns dias. No entanto, se a amamentação não for interrompida, a lactação pode continuar por vários anos.

Segundo Brasil (2009, p. 19), enquanto o bebê suga o seio materno, grande parte do leite da mamada é produzido sob estímulo da prolactina. A liberação da ocitocina ocorre principalmente pelo estímulo de sucção do bebê. Além disso, fatores psíquicos e sensitivos como olhar e pensar no filho, sentir o cheiro e ouvir o choro do bebê, tranquilidade, motivação e autoconfiança contribuem de forma significativa para a liberação da ocitocina. Em contrapartida, o estresse, a ansiedade, a dor, a tristeza, o medo, a insegurança, a desmotivação e a falta de autoconfiança materna, inibem a liberação da ocitocina e prejudica a ejeção do leite (FIG. 4).

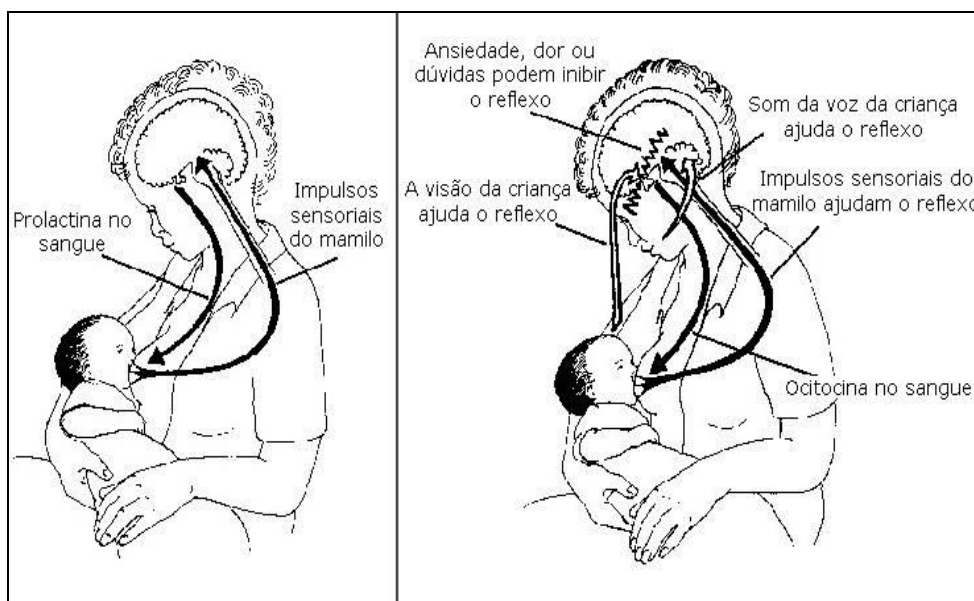


FIGURA 4 – Reflexo da prolactina ou produção de leite e reflexo da ocitocina ou “descida” do leite.

FONTE: (BRASIL, 2001 *apud* MATUHARA; NAGANUMA, 2006, p. 84-85).

Júnior e Romualdo (2010, p. 12) completam que mesmo em situações em que a amamentação não é possível e a extração do leite é necessária, o contato entre a mãe e o filho deve ser mantido, facilitando assim, o processo de retirada do leite e manutenção da lactação.

Amamentar, apesar de ser um processo natural, é complexo e exige muita dedicação, autoconfiança, segurança e motivação materna. A lactação depende do esvaziamento da mama, então, quanto mais o bebê suga, mais a mãe produz leite. Entretanto, existem situações especiais como a prematuridade, em que a sucção é contraindicada. Dessa forma, para manter a produção, a mãe precisa extrair o leite das mamas regularmente, sendo muito importante que a mulher receba da equipe de saúde, apoio e orientações quanto a importância do aleitamento materno. Assim, ela se sentirá mais segura e motivada a manter a lactação e a oferecer seu leite ao filho.

3.1.1 A importância do aleitamento materno para o recém-nascido prematuro

O aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros, apesar de proporcionar grandes vantagens para o desenvolvimento e recuperação dos mesmos, ainda é um grande desafio para as mães e bebês, bem como para os profissionais de saúde.

Amamentação exclusiva ou aleitamento materno exclusivo é a situação em que o bebê recebe apenas leite materno, sem utilização de nenhum outro tipo de alimento, nem mesmo água, sendo permitido o leite ordenhado da mãe ou leite humano pasteurizado (de outras mães). Cabe ressaltar que medicamentos como gotas de sais minerais ou vitaminas, não interferem no processo de amamentação exclusiva (BRAGA *et al*, 2008, p. 295).

Lacerda e Santos (2013, p. 17) afirmam que o leite materno é essencial para a saúde e para a vida do bebê, pois é um alimento completo e ideal para prevenir vários tipos de doenças, incluindo as doenças alérgicas, além de contribuir para reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil. O aleitamento materno é fundamental para a promoção da saúde dos bebês, proporcionando várias vantagens aos mesmos e também às suas mães, ressalta-se que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida oferece à criança uma melhor qualidade de vida.

Guilherme e Nascimento (2013, p. 15) completam que o leite materno é o alimento de melhor escolha e o mais seguro na primeira infância, pois esse leite tem tudo que o bebê precisa e na proporção que ele precisa, promovendo uma combinação única de lipídeos, carboidratos, proteínas, enzimas, vitaminas, células vivas e minerais. Além de proporcionar benefícios nutricionais, o leite materno também promove benefícios psicológicos, imunológicos e econômicos.

Os mesmos autores (2013, p. 16) ainda apontam que o leite humano é considerado a maior fonte de imunidade nos primeiros anos de vida da criança, que são os mais vulneráveis. Dessa forma, o aleitamento materno é considerado a melhor medida de redução de mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade, promovendo um impacto positivo para as famílias, para o desenvolvimento infantil e para a economia.

Brasil (2009, p. 9) acrescenta que amamentar é a melhor forma de estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho, alimentação adequada e proteção para a criança. Além disso, o aleitamento materno é grande responsável por promover a redução da morbimortalidade infantil.

Os recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados e tratamentos especiais. Ao mesmo tempo, precisam de especial atenção por parte da equipe de enfermagem no apoio e

incentivo ao aleitamento materno, objetivando proporcionar a esses bebês, uma assistência de qualidade desde o momento do nascimento (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004, p. 242).

Conseguir manter um recém-nascido prematuro em amamentação exclusiva é um processo bastante complexo, pois os mesmos passam por fases de desenvolvimento e adaptação até que estejam prontos para sugar diretamente no seio materno.

De acordo com Brasil (2011, p. 88), inicialmente a dieta é oferecida ao RNPT por meio de sonda gástrica. Durante a administração da alimentação por esse método, é fundamental iniciar o estímulo oral, priorizando o contato do recém-nascido com o peito da mãe para auxiliar na relação e aprendizagem de ambos no processo da amamentação, sendo sempre necessário respeitar os limites de cada bebê.

Segundo Almeida (2010, p. 224), cada recém-nascido deve ser avaliado de forma individual, de acordo com sua capacidade de se alimentar. Bebês muito pequenos, que nascem com uma idade gestacional abaixo de 32 semanas, de modo geral não apresentam maturidade suficiente do padrão oral para conseguirem efetivar uma mamada eficaz e alguns não mostram interesse na alimentação por via oral. Esses recém-nascidos que ainda não obtêm êxito no processo de sucção e que ainda necessitam receber dieta via sonda, podem ser estimulados a sugar no seio da mãe já ordenhado enquanto recebem o leite através da sonda (FIG.5).



FIGURA 5 – Sonda-seio (técnica da mama vazia) – estímulo da sucção.

FONTE – (BRASIL, 2011, p. 97).

Brasil (2011, p. 88) relata que oferecer alimentação para um recém-nascido não é um processo simples, pois exige do bebê a integridade de vários componentes, tais como: o comportamento, função motora oral, controle motor, controle fisiológico, sucção e deglutição coordenadas, além da coordenação da respiração. A melhor forma de oferecer dieta ao recém-nascido é através da sucção, porém, essa forma deve ser escolhida apenas nas situações em que o bebê estiver estável fisiologicamente e clinicamente. Portanto, a idade gestacional nem sempre serve de base para o início da sucção, apesar dos benefícios desta para a retirada precoce da sonda para alimentação e para o desenvolvimento da habilidade do bebê de sugar.

O alimento de melhor escolha para o recém-nascido prematuro é o leite de sua própria mãe, pois esse leite contém uma melhor qualidade de proteína que qualquer outro tipo de leite. Além disso, o lipídeo que compõe o leite humano é responsável por 50% das calorias, sendo adequado para o RNPT e de baixo peso. O leite materno ainda possui uma melhor absorção de ferro, possui mais cloreto, sódio, nitrogênio protéico, além de conter vários outros componentes essenciais para o prematuro. Sendo assim, o leite humano oferece ao recém-nascido, além de nutrientes para o seu crescimento, vários outros componentes para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2011, p. 90).

O mesmo autor (2011, p. 90) afirma que o RNPT precisa de ajustes para a adaptação na vida extrauterina e o leite da própria mãe é o grande responsável por estes ajustes, por isso ele é fundamental para o bebê. O leite produzido por uma mãe de prematuro é o mais adequado e essencial para o filho, pois possui uma composição diferente no início da lactação em relação aos componentes do leite de uma mãe de recém-nascido termo.

Teruya e Bueno (2013, p. 53) completam que o leite da mãe de um RNPT é específico e é o melhor alimento para o filho, pois supre as necessidades nutricionais da criança de forma adequada. O leite materno tem sua composição modificada no decorrer do dia, no curso da produção, de acordo com a idade gestacional e conforme a alimentação materna, fornecendo ao bebê, nutrientes específicos para sua idade. Dessa forma, manter a produção de leite na mãe de um recém-nascido prematuro ou grave é essencial.

O sucesso do aleitamento materno exclusivo no recém-nascido prematuro, apesar de ser um grande desafio e um processo muito complexo, não é uma situação impossível. Entretanto, depende de vários fatores importantes que envolvem mãe, bebê e a equipe multidisciplinar.

3.1.2 Ações da equipe multidisciplinar

A equipe multidisciplinar de uma UTIN possui o papel fundamental de promover, apoiar e incentivar o aleitamento materno exclusivo nos recém-nascidos prematuros. Essa equipe é responsável por atender as necessidades do binômio mãe-filho, priorizando o cuidado humanizado.

Segundo Duarte e Andrade (2005, s.p.), sempre que possível, a equipe multidisciplinar deve ser constituída por neonatologistas, pediatras treinados para atender o recém-nascido de alto risco, obstetras, enfermeiros e técnicos em enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, oftalmologista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social.

Silva e Silva (2009, p. 109) asseveram que o avanço da tecnologia e da assistência vem proporcionando o aumento das chances de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. Entretanto, apesar de todos os equipamentos disponíveis e profissionais qualificados, a amamentação desses bebês ainda é motivo de preocupação.

De acordo com Brasil (2011, p. 29), o resultado eficaz no tratamento de um recém-nascido internado em uma UTIN, não é estabelecido apenas pela alta do hospital ou pela sobrevivência do bebê. O sucesso do tratamento envolve também a promoção e a construção de vínculos que garantam a manutenção da amamentação e dos cuidados após a alta.

Tavares (2010, p. 213) relata que a adaptação da mãe e do recém-nascido prematuro no processo de amamentação acontece no hospital, onde a mãe aprende a segurar o filho, é instruída sobre a amamentação e sobre a importância do leite materno. Além disso, o medo da mãe é trabalhado e ela aprende a lidar com seu bebê através da utilização do método canguru.

Tamez (2010, p. 126) relata que enfermeiro precisa conquistar a confiança da mulher através do incentivo, da elevação da autoestima e da autoconfiança da mesma no que diz respeito ao processo de amamentar. Os profissionais de enfermagem precisam envolver a mãe nos cuidados com o filho, para que ela aprenda a superar as dificuldades que possam surgir.

Assim, Santana *et al* (2013, p. 42) completam que a equipe de enfermagem possui um papel muito importante no que diz respeito ao cuidado humanizado ao RNPT e sua mãe, auxiliando a interação entre ambos através do método canguru e conseqüentemente, com a utilização desse método, promover o incentivo ao aleitamento materno, assim como uma assistência de qualidade. Dessa forma, a equipe de enfermagem precisa receber orientações quanto ao método canguru, objetivando proporcionar ações assertivas no processo da humanização da assistência.

Além do enfermeiro, o fisioterapeuta também é um facilitador do aleitamento materno na UTIN. De acordo com Reinaux (2010, p. 199),

Com a possibilidade da presença contínua da mãe na UTIN, o fisioterapeuta dessa unidade tornou-se um facilitador da manutenção da amamentação e inseriu à sua prática terapêutica o olhar individual para cada binômio. Acrescentou às suas rotinas e condutas o cuidado não só à saúde do lactente, mas também à saúde da sua mãe. Os cuidados foram voltados às respostas cardiorrespiratórias e neuromotoras do recém-nascido, ao sucesso da amamentação e às práticas maternas (amar, cuidar e brincar) e ao binômio mãe-filho no Mãe Canguru, considerados tão importantes na qualidade de vida da família.

Para o serviço de psicologia existe a possibilidade de um trabalho muito importante na UTIN, que é o atendimento aos familiares do bebê internado em prol da manutenção do vínculo afetivo. O psicólogo pode trabalhar auxiliando os pais a falarem sobre a forma diferente do nascimento do filho; ajudando no estabelecimento da comunicação entre pais e bebês; conversando com a mãe para que a mesma consiga olhar para o filho como outra pessoa e não como parte integrante de si; ajudando na comunicação entre pais e equipe de saúde; incentivando a presença das avós e dos avôs no período de internação do neonato; promovendo reunião de pais; trabalhando também com as possíveis perdas que ocorrem na UTIN (VALANSI; MORSCH, 2004, p. 116).

Sanches (2010, p. 101) nos informa que o fonoaudiólogo auxilia a equipe multidisciplinar no diagnóstico e também nas formas de atuar diante das dificuldades relacionadas à lactação, enfrentadas muitas vezes pelos recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais, mães e também bebês termos. Além de desenvolver ações de assistência, o fonoaudiólogo também trabalha na promoção da amamentação.

De acordo com Neiva (2000, p. 264) conhecer sobre o padrão de sucção dos recém-nascidos é muito importante, visto que a sucção é a função responsável pela nutrição do bebê nos primeiros meses de vida, além de ser a responsável pelo desenvolvimento do sistema sensório-motor-oral. Para a obtenção de uma sucção harmônica e coordenada, com força, sustentação e ritmo para extrair e conduzir o leite de forma eficaz é necessário que o recém-nascido apresente o reflexo de busca e de sucção, movimento correto da língua e da mandíbula, coordenação e ritmo da sucção, da deglutição e da respiração. Quando um bebê apresenta dificuldades de sugar, estas devem ser eliminadas ou minimizadas nos primeiros dias de vida, através da atuação do fonoaudiólogo, com o objetivo de promover o sucesso no aleitamento materno e o correto desenvolvimento do sistema sensório-motor-oral.

O incentivo ao aleitamento materno é função da equipe de saúde da UTIN. Portanto, todos os profissionais integrantes dessa equipe precisam apoiar e promover a amamentação.

É recomendável que a mãe receba informações de forma simples, sobre como manter e o motivo para a manutenção da produção de leite e que, inicialmente, ela receba auxílio da equipe multidisciplinar. O início da extração do leite é indicado assim que a mãe apresentar-se estável, o que na maioria das vezes acontece em torno de 6 horas após o parto, devendo realizar a ordenha no mínimo 6 vezes em um período de 24 horas, inclusive uma vez durante a noite, e a ordenha deve durar em torno de 20 minutos. A extração manual do leite do seio deve ser explicada e realizada pelo profissional de enfermagem, incentivando a mãe para que com o passar do tempo, ela seja capaz de realizar o procedimento sozinha (TERUYA; BUENO, 2013, p. 53).

As mesmas autoras (2013, p. 53) ainda apontam que a mãe precisa ser informada que o seu leite será oferecido ao filho no momento apropriado e que, caso o recém-nascido não necessite ser alimentado no momento da extração, o leite será congelado para ser oferecido ao bebê posteriormente.

Cabe aos profissionais de saúde elogiar o esforço da mãe, dizer a ela que seu leite representa o melhor alimento para o filho e que cada gota é importante, pois esse alimento protege o bebê de muitas doenças. Além disso, a mulher deve ser incentivada a não desistir caso obtenha pouco leite ou não consiga fazer a extração na primeira tentativa. Afinal, a quantidade de leite aumenta com a prática da ordenha e as mães devem estar cientes disso (TERUYA; BUENO, 2013, p. 53).

Além da extração do leite, o contato direto entre mãe e filho também deve ser incentivado, pois esse tipo de contato representa um fator de grande importância para a amamentação do recém-nascido prematuro.

Tavares (2010, p. 218) nos informa que o local ideal para a amamentação reúne um ambiente calmo, tranquilo, longe da luz excessiva envolvendo o recém-nascido, livrando-o da manipulação demasiada da UTIN, acolhido por uma mãe que tenha sua ansiedade identificada e trabalhada, que deseja amamentar e que esteja tranquila.

O mesmo autor (2010, p. 218) nos diz que o cuidado canguru promove o vínculo afetivo e conseqüentemente proporciona várias respostas positivas no comportamento tanto da mãe, quanto do filho. Tudo isso faz com que as possibilidades de amamentação aumentem de forma significativa. O processo de amamentação deve ser avaliado de forma individual, respeitando cada mãe e cada bebê.

Scochi *et al* (2003, p. 543) afirmam que o método canguru é considerado uma estratégia para aumentar a produção de leite da mãe, a confiança da mesma para cuidar do filho, contribuindo também para estabelecer o vínculo e o apego.

Almeida *et al* (2010, s.p.) confirmam através de um estudo, que o cuidado canguru facilita o aleitamento materno exclusivo no RNPT e de baixo peso, tanto no período de permanência no ambiente hospitalar, quanto no decorrer dos primeiros seis meses de vida.

Tavares (2010, p. 219-220) assevera,

Não se pode prever o quanto a ciência vai se redimir na sua tentativa de compor um meio ambiente uterino fora do útero, a fim de proteger e cuidar de modo sensato desse semelhante pequenino. Seja qual for a parafernália usada, seja qual for o custo desse material, considerando toda a preparação dos profissionais de saúde no futuro, para a proteção e o cuidado com esses bebês, definitivamente, para as próximas gerações, o legado da metodologia Mãe Canguru deixará escritas nas regras básicas da vida humana as ideias codificadas pelo modelo colombiano e eternizadas na metodologia do amor, do calor e do leite materno.

A equipe multidisciplinar da UTIN deve ajudar a mãe a vencer o medo, a ansiedade e a insegurança relacionados com a prematuridade de seu bebê. Para isso, os profissionais de saúde precisam promover o contato precoce entre mãe e filho, proporcionando o contato pele a pele entre eles, através do método canguru assim que possível, além de mostrar à mulher o quanto sua dedicação e especialmente seu leite são essenciais para a sobrevivência e para a qualidade de vida de seu bebê. Tudo isso, principalmente a implantação do método canguru, contribui de forma significativa para a estabilidade emocional, aumento da confiança e da motivação materna, influenciando de forma positiva na manutenção da lactação e no aleitamento materno exclusivo do recém-nascido prematuro, bem como fortalecendo o vínculo afetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu sobre a decisão de se ter um filho, pois é algo que modifica completamente a estrutura familiar em diversos aspectos. Além disso, buscou elucidar que a gravidez acarreta várias modificações fisiológicas e psicológicas na mulher, sendo necessário que a mesma receba apoio tanto da família, quanto dos profissionais de saúde, visto que durante a gestação, como em todo processo natural, problemas podem acontecer, e um deles de ordem frequente, é o trabalho de parto prematuro.

No decorrer do trabalho observou-se que os pais são surpreendidos por uma situação inesperada e o bebê imaginado e idealizado por eles é completamente diferente do bebê real, abalando de forma significativa a estrutura familiar, situação essa que gera nos pais sentimentos de medo e insegurança em relação à vida do filho.

Percebeu-se que ao nascer, o bebê prematuro é separado da mãe de forma brusca, sendo encaminhado a uma UTIN, devido ao seu estado crítico de saúde e necessidades de cuidados especiais para a manutenção da vida. Diante disso, o RNPT é privado de tudo que um bebê termo recebe ao nascer, comprometendo significativamente o vínculo afetivo entre pais e filho.

No desenvolvimento deste estudo pode-se enfatizar a necessidade de redução do comprometimento do vínculo afetivo entre pais e filho, onde a equipe multidisciplinar, especialmente a equipe de enfermagem, que lida a maior parte do tempo com o paciente e com a família, deve promover ações que incentivem os pais na interação dos cuidados com o filho internado, sendo possível oferecer um tratamento mais humanizado e eficiente à mãe e ao bebê prematuro, promovendo assim que possível o contato pele a pele entre eles, através do método canguru, que preconiza o vínculo do binômio mãe-filho.

A metodologia mãe canguru, criada na Colômbia, modificou completamente o paradigma de assistência ao recém-nascido prematuro, possibilitando a mãe passar a maior parte do tempo junto ao filho, aconchegando-o junto ao seio, substituindo a tecnologia pelo amor e pelo calor humano. O cuidado canguru por ser uma técnica simples, é responsável por um tratamento mais humanizado, acolhedor e eficiente, promovendo o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e bebê, proporcionando ao RNPT um tratamento mais saudável e um desenvolvimento mais estável, contribuindo para o aumento das chances de sobrevivência, além de reduzir o tempo de internação do neonato.

Percebeu-se durante o estudo que com a utilização do método, o risco de infecção hospitalar é reduzido, a temperatura corporal do bebê fica mais estável e o ganho de peso é

mais eficaz, além de reduzir a ansiedade aumentando a motivação e a segurança materna. Em consequência desse contato tão próximo, as chances de manter um recém-nascido prematuro em amamentação exclusiva aumentam de forma significativa.

Ficou claro, que os pais de um bebê prematuro precisam ser muito bem acolhidos pela equipe de saúde da UTIN, sendo necessário oferecer diversas orientações, principalmente à mãe, quanto à importância do leite materno para o desenvolvimento e a recuperação do filho. Assim sendo, faz-se necessário promover ações que facilitem o contato entre pais e filho de forma precoce, com o objetivo de reduzir os prejuízos no desenvolvimento psicoemocional do bebê, os sentimentos negativos e aumentar a confiança da família. Diante disso, a mãe apresentará uma maior motivação na aprendizagem para extrair o leite de forma regular mantendo a produção do mesmo, com vistas a alimentar o filho internado, até que ele esteja pronto para sugar diretamente no seio.

Por fim, pode-se dizer que a amamentação de um RNPT é um grande desafio para a mãe, para o bebê e também para equipe de saúde, mas não é uma situação impossível, contudo, exige empenho da equipe multidisciplinar a fim de incentivar e apoiar a mãe para a manutenção da produção de leite.

Cabe ainda destacar que o método canguru é um grande facilitador da amamentação, evidenciado pelo contato pele a pele, o que proporciona vários benefícios ao binômio mãe-filho, incluindo a estabilidade emocional materna, fator extremamente importante para a manutenção da lactação. Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo no recém-nascido prematuro tem grandes chances de ser um sucesso.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como pais, especialmente de recém-nascidos prematuros para que encontrem esperança ao saber que o bebê pode receber de forma tão afetuosa e próxima, assistência e cuidados em um momento tão especial e delicado de sua vida, e que principalmente possa receber o leite de sua mãe, pois como sabemos, é o alimento ideal para que ocorra o desenvolvimento de acordo com as necessidades de cada fase do bebê.

É notório que estudos desta natureza além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente ao corpo de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Honorina de *et al.* Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, s.p., mai.-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 18 de jan. 2014.
- ALMEIDA, Honorina de. Situações especiais do lactente. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 13, p. 221-239.
- AMORIM, Márcia Camila Souza de; NAVARRO, Elaine Cristina. Afetividade na educação infantil. *Revista Eletrônica da Univer*, s.l., n. 7, p. 1-7, 2012.
- ARAÚJO, Cristiane Luciana de *et al.* Método mãe canguru: uma investigação da prática domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Luís – MA, v. 15, n. 1, p. 301-307, 2010.
- ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, s.l., v. 18, n. 2, p. 130-136, mar.-abr. 2010.
- BICALHO-MANCINI, Paula G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 241-248, 2004.
- BITTAR, Roberto Eduardo; CARVALHO, Mário Henrique Burlacchini de; ZUGAIB, Marcelo. Condutas para o trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, s.l., v. 27, n. 9, p. 561-567, 2005.
- BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.21, n.3, p. 293-302, mai.-jun. 2008.
- BRASIL. Instituto de desenvolvimento para a saúde/IDS. Ministério da Saúde/MS. Universidade de São Paulo/USP. *Manual de enfermagem*. Série A: normas e manuais técnicos, n. 135, São Paulo, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno n. 5, Brasília – DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e nutrição complementar*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica, Brasília – DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - cuidados com o recém-nascido pré-termo*. Departamento de ações programáticas e estratégicas. 1ed. série A: normas e manuais técnicos. Brasília – DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. 2ed. série A: normas e manuais técnicos. Brasília – DF, 2011.

BRASIL: Portal da Saúde SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 31 de out. de 2013.

CECCHETTO, Sérgio. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 12, p. 206-220.

CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* *Williams obstetrícia*. 20ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DUARTE, Fátima de Sousa Paiva; ANDRADE, Marilda. A atuação do enfermeiro na promoção da saúde: discutindo o método mãe-canguru. *Informe-se em promoção da saúde*, s.l., v.1, n.1, s.p. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/maecanguru.pdf>>. Acesso em: 31 de out. de 2013.

FERREIRA, Aurino Lima; ACIOLY-RÉGNIER, Nadja Maria. Contribuições de Henri Wallon à relação cognição e afetividade na educação. *Educar*, Curitiba, n. 36, p. 21-38, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio: O dicionário da língua portuguesa*. 6.ed. Curitiba: Positivo, 2004. 896 p.

GUILHERME, Jefferson Pereira; NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert do. O leite humano: anatomia e fisiologia da lactação. In: SANTIAGO, Luciano Borges. *Manual de aleitamento materno*, Barueri, SP: Manole, 2013, capítulo 1, p. 1-19.

JÚNIOR, Wilson Mello; ROMUALDO, Genair Silva. Anatomia e fisiologia da lactação e do sistema estomatognático. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 1, p. 3-26.

LACERDA, Crizelly Nóbrega; SANTOS, Sônia Maria Josino dos. Aleitamento materno exclusivo: o conhecimento das mães. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Pombal – PB, v. 3, n. 2, p. 17-23, abr.-jun. 2013.

LAMY, Zeni Carvalho *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, s.l., v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

MATUHARA, Angela Midori; NAGANUMA, Masuco. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 81-90, 2006.

MEIRA, Elisabeth Aparecida *et al.* Método canguru: a visão do enfermeiro. *Rev Inst Ciênc Saúde*, s.l., v. 26, n. 1, p. 21-26, 2008.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatrics*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 264-270, 2000.

NETTINA, Sandra M. *Prática de enfermagem*. Tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, ... *et al.* 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, Kezia de; ORLANDI, Márcia Helena Freire; MARCON, Sônia Silva. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 767-775, out.-dez. 2011.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de Risco para prematuridade: pesquisa documental. *Rev Enf Esc Anna Nery*, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr.-jun. 2009.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, s.l., v. 9, n. 1, p. 200-213, jan.-abr. 2007.

REINAUX, Cyda Maria Albuquerque. Enfoque da fisioterapia. In: CARVALHO, Marcos Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 11, p. 199-205.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 950 p.

ROCHA, Silvana Santiago da *et al.* Percepção da enfermagem em relação às mães no cuidado de recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, s.l., v.4, n.1, p. 45-48, 2013.

SANCHES, Maria Teresa Cera. Enfoque fonoaudiológico. In: CARVALHO, Marcos Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 6, p. 101-122.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Enfermagem Revista*, s.l., v. 16, n. 1, jan.-abr. 2013.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul.-set. 2003.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-am Enfermagem*, s.l., v.11, n. 4, p. 539-543, jul.-ago. 2003.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. Disponível em: < <http://www.sesa.pr.gov.br>>. Acesso em: 10 de set. 2013.

SILVA, Rosangela Venancio da; SILVA, Isília Aparecida. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, s.l., v. 13, n. 1, p. 108-115, jan.-mar. 2009.

TAMEZ, Raquel N. Atuação de enfermagem. In: CARVALHO, Marcos Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 7, p. 123-126.

TAVARES, Luís Alberto Mussa. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana. In: CARVALHO, Marcos Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 12, p. 206-220.

TERUYA, Keiko Miyasaki; BUENO, Lais Graci dos Santos. Manejo clínico da amamentação com aconselhamento e referência. In: SANTIAGO, Luciano Borges. *Manual de aleitamento materno*, Barueri, SP: Manole, 2013, capítulo 3, p. 31-114.

TOMA, Tereza Setsuko. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. S233-S242, 2003.

TRONCHIN, Dayse Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, s.l., v.58, n.1, p.49-54, jan.-fev. 2005.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia ciência e profissão*, s.l., v. 24, n. 2, p. 112-119, 2004.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. Método canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, s.l., v. 80, n. 5, 2004.

ZIEGEL, Erna e; CRANLEY, Mecca S. *Enfermagem obstétrica*. Tradução J. Israel Lemos. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.