



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

LAIRE ALVES DI ANDRADE CAMARGO

CARTÃO CANGURU: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

CEILÂNDIA

2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

LAIRE ALVES DI ANDRADE CAMARGO

**CARTÃO CANGURU: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília na Faculdade Ceilândia.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Laiane Medeiros Ribeiro.

CEILÂNDIA

2016

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha graduação em enfermagem pela Universidade de Brasília no ano de 2011, no segundo semestre. Porém, antes de ingressar na faculdade, sempre soube que a pediatria seria a minha área motivadora como enfermeira. Durante a graduação, após cursar a disciplina “Cuidado Integral à Saúde da Mulher e da Criança” e mediante a vivência nos cenários de práticas relacionadas à disciplina em questão confirmei a minha grande paixão pelo ramo. Um dos motivos para a decisão de me aprofundar nesta área foi a intensa dedicação das professoras de pediatria, que me ajudaram a começar a conhecer este infinito de informações, que envolvem a nossa particularização da profissão escolhida.

Além do amor voltado para as crianças, a neonatologia sempre tocou muito meu coração e no primeiro contato com a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal não houve mais espaço para dúvidas, eu encontrei o que sempre busquei e é o lugar que mais me motiva a trabalhar com amor e dedicação. Aprendi que muito mais que técnicas baseadas em evidências e literaturas científicas que nos dão a base para um cuidado de excelência, o carinho e dedicação com o bebê e sua família são fatores indispensáveis para a melhora do quadro da criança hospitalizada.

Agora, envolvida neste processo de humanização e implementação dos passos da IHAC-NEO, um projeto multicêntrico e inovador no País e no âmbito internacional, agregando conhecimento e a intensa busca de aperfeiçoamento profissional me vejo na obrigação de sempre estar atualizada, em contato com valores morais e éticos, que envolvam a internação da criança em Unidade de Terapia Intensiva, para promoção da qualidade de vida do paciente e de sua família que requer atenção tanto quanto o bebê, motivando-os a estarem presentes e participantes dos cuidados de seu filho, a fim de fortalecer o contato bebê-família- equipe de saúde.

CARTÃO CANGURU: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Laire Alves Di Andrade Camargo¹
Laiane Medeiros Ribeiro²
Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon³
Alecssandra de Fátima Silva Viduedo⁴

Resumo:

Introdução: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia global com o intuito de modificar e aprimorar algumas práticas hospitalares e promover o aleitamento materno, contribuindo para a melhora clínica do recém-nascido (RN). Com base nisso, o Método Canguru tem como objetivo aumentar as taxas de sobrevivência infantil de prematuros, melhorar a qualidade de vida e prevenir o abandono. **Objetivo:** Descrever e analisar informações realizadas em um cartão de dados com informações sobre a duração e periodicidade da realização da posição canguru pela família. **Método:** Trata de um estudo descritivo, a respeito de uma etapa do projeto multicêntrico denominado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”. O estudo contemplou o ciclo 2, passo 4, do projeto que se propôs a realizar posição canguru nos leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Resultados:** O peso médio dos recém-nascidos foi de 1627,76g, com a média da idade gestacional de 32,5 semanas. A mãe foi quem mais realizou a posição canguru, representando 93,1%. Com exceção das perdas que não puderam ser analisadas, todas as crianças submetidas à intervenção obtiveram ganho de peso significativo durante a internação hospitalar. **Conclusão:** Os cuidados aos neonatos devem ser voltados para a prevenção e tratamento de problemas que envolvam a imaturidade do RN. Alguns fatores tornam-se barreiras para o contato e formação de vínculo entre bebê-família, o que dificulta o processo de amamentação. Sendo assim, o Método Canguru, a qualificação de

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. E-mail: laireunb@gmail.com

² Enfermeira, Professora Adjunta na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. E-mail: laiane@unb.br

³ Enfermeira, Professora Assistente na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. E-mail: casandrapleon@gmail.com

⁴ Enfermeira, Professora Adjunta na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. E-mail: aleviduedo@hotmail.com

profissionais envolvidos nesse cenário e o fortalecimento do vínculo familiar se faz imprescindível para a alta hospitalar.

Descritores: Método-canguru, aleitamento materno e prematuro.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que nasçam hoje no mundo, mais de 15 milhões de prematuros (nascimento anterior a 37 semanas de gestação), a cada ano há uma elevação de partos prematuros relacionados às complicações decorrentes principalmente de cesarianas. A prematuridade é a maior causa de morte em crianças entre as primeiras quatro semanas de vida, seguida pela pneumonia em crianças menores que cinco anos. A partir de intervenções ainda na gestação e após o nascimento prematuro, o recém-nascido tem maior chance de sobrevivência e favorável desfecho clínico.^(1,2)

A incidência da mortalidade perinatal vem apresentando um declínio, até mesmo nos casos de prematuridade, em decorrência dos avanços da tecnologia e a especialização de profissionais da área. O Brasil, desde 2009, assumiu como meta a redução da mortalidade neonatal, e como Objetivos do Desenvolvimento do Milênio o país se comprometeu a reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infantil, menor que cinco anos de idade, até 2015. Segundo o relatório lançado no segundo semestre de 2015 pelo UNICEF (Fundo da ONU para Infância), OMS e DESA (Divisão de População do Departamento da ONU para Assuntos Econômicos e Sociais) o Brasil conseguiu atingir o objetivo que assumiu, apresentando uma queda de 73% nas mortes infantis.^(3,4)

O aleitamento materno (AM) é uma estratégia fundamental para a diminuição dos óbitos neonatais, com a prevenção de diarreias e infecções respiratórias. Segundo o Ministério da Saúde (MS), OMS e o UNICEF o leite da mãe deve ser oferecido ao bebê logo após o parto, garantindo-lhe a primeira imunidade através do colostro, rico em imunoglobulinas, proteínas e vitamina A. O processo de amamentação envolve diversos fatores que interferem no processo de desenvolvimento facial infantil, como: deglutição; sucção; respiração; coordenação entre força de sucção, deglutição e respiração; entre outros.⁽⁵⁾

Alguns fatores interferem negativamente no sucesso do aleitamento, como a falta de preparo das mães durante o pré-natal; a dificuldade dos profissionais em ensinar o manejo correto durante a amamentação; a separação entre mãe e filho devido a internação em unidade neonatal e também a falsa crença que amamentar é algo instintivo e sem necessidade de preparo e o conhecimento por parte dos profissionais, parturiente e seus familiares.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada no ano de 1990 pela OMS e UNICEF com a proposta de melhorar as práticas hospitalares a fim de aumentar o ato de amamentar. Essa iniciativa é abalizada mediante estratégias seguidas por diversos países com intuito de garantir o sucesso do AM. Sua estrutura é baseada em medidas práticas que devem ser seguidas pelos serviços de saúde na promoção da cultura de proteção e apoio a amamentação.

Os hospitais que se empenham em cumprir estes princípios metodológicos se submetem a avaliações regulares em diversos segmentos, e uma vez qualificados como “amigo da criança” passam a ser referência em aleitamento e cuidado humanizado ao recém-nascido e a genitora.⁽⁶⁾

Porém a IHAC foi concebida para incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo (AME) nos recém-nascidos a termo saudáveis em maternidades, sem abarcar o complexo contexto das unidades neonatais e as dificuldades para amamentar esses prematuros, sendo o recém-nascido pré-termo invariavelmente privado dos benefícios advindos da amamentação.

Em virtude disso surge a proposta de ampliar a IHAC original para a realidade da neonatologia, com a proposta da IHAC-NEO, adotando um novo documento adaptado para este segmento populacional. Baseado na adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (NBCAL) e em três princípios norteadores que são: 1- A atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe em seu contexto; 2- Todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família; e 3- Assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal juntamente com a alta hospitalar.⁽⁷⁾

A IHAC-NEO veio com a proposta de elevar o início precoce e a prevalência do AME; melhorar as condições de saúde do prematuro relacionadas à amamentação; melhorar as práticas para fortalecer o vínculo mãe-bebê e proteger, apoiar e promover o aleitamento em unidades neonatais.⁽⁸⁾ Sendo assim, foram reformulados os “Novos Dez Passos para a IHAC-NEO”, representado no esquema a seguir:

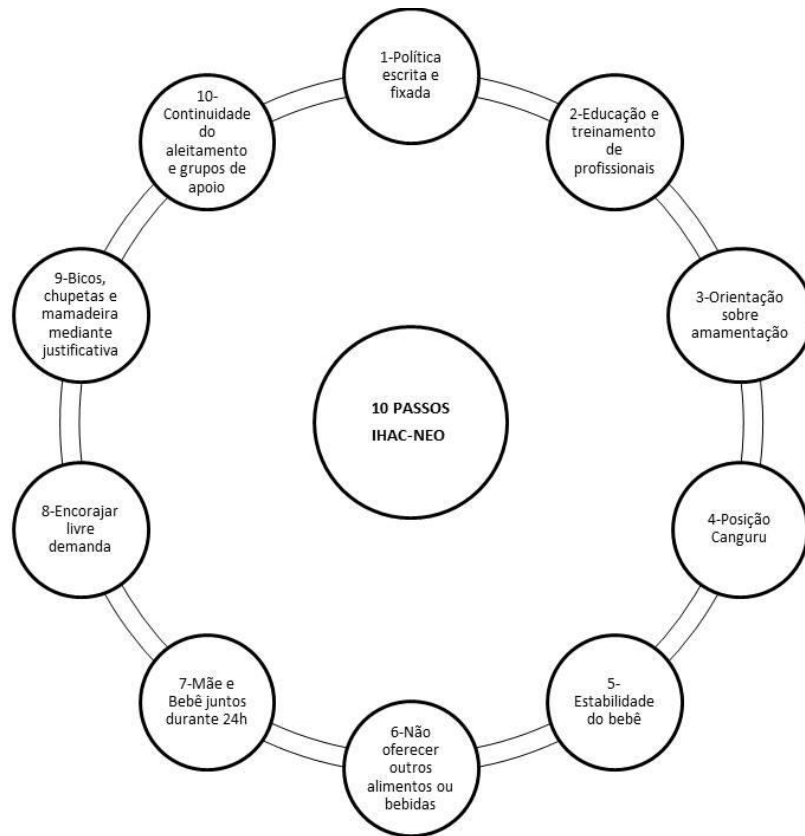


Figura 1 – Passos para o IHAC-NEO

Para implementar efetivamente a IHAC-NEO, os profissionais de saúde devem estar envolvidos nas estratégias e práticas com o objetivo de promover o aleitamento dos prematuros dentro das unidades neonatais. Para tanto a equipe multidisciplinar precisa estar preparada e treinada para o manejo adequado da amamentação. A equipe de saúde deve participar do processo de mudança, sendo necessário avaliar as práticas e rotinas que requerem modificação para a inserção dos Dez Passos dentro das UCIN e UTIN, bem como monitorar o impacto da prática da IHAC-NEO. Considera-se que a proposta de mudança e aceitação da nova rotina será incorporada dentro das unidades de saúde a partir da estratégia de transferência do conhecimento, que é norteada pelo processo coletivo e democrático, baseado em evidências. ⁽⁹⁾

O método canguru promove a humanização das unidades neonatais, envolve ações desde o “pré-natal de alto risco” visando a diminuição dos riscos, avaliando a mãe em maneira integral relacionado aos aspectos sociais, clínicos e emocionais, nascimento com a internação do bebê e a alta hospitalar. Estratégias foram instituídas não apenas com o fim de elevar o padrão da assistência, mas também a mudança da visão

profissional, que deve ser integral, analisando a necessidade do indivíduo de maneira a mudar a realidade assistencial.⁽¹⁰⁾

Este estudo teve por objetivo construir e implementar o “Cartão Canguru” nas Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e Enfermaria Canguru como forma de estimular e fortalecer o vínculo da família e neonato .

Método

Tipo do estudo

Trata de uma abordagem do tipo descritiva, de acordo com Gil ⁽¹¹⁾, as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

O presente estudo corresponde a uma parte do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, coordenado pela Dra.Carmen Scochi (EERP/USP), que está sendo desenvolvido em todas as regiões do Brasil e colaboração com vários países.

O projeto utiliza o modelo PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) da transferência de conhecimento, que promove a ação de execução de pesquisa, em serviços de saúde visando a natureza das evidências aliada ao contexto em que a mudança é implementada e a forma que esta mudança é facilitada.

A estratégia EPIC (Evidence-based practice Identification & Change), que é a identificação prática e mudanças baseadas em evidência, sendo a transferência do conhecimento com o intuito de promover as mudanças nas práticas e comportamentos dos profissionais de saúde. É portanto, uma estratégia para melhorar a qualidade que reúne evidências, identifica práticas passíveis de mudanças a partir do contexto local e envolve a colaboração e participação da equipe multiprofissional de saúde para implementar estratégias específicas de transferência do conhecimento. ⁽⁹⁾

Local do estudo

O estudo foi realizado nas: UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal) de baixo e médio risco e na

Enfermaria Canguru, sendo essa uma extensão da UCIN de baixo risco de um hospital regional do Distrito Federal.

Amostra

A Amostra do tipo conveniência abarcou 29 recém-nascidos prematuros. O tempo da coleta de dados durou três meses e compreendeu o período de setembro a dezembro de 2015.

Procedimentos de coleta de dados

Para a implementação da IHAC-NEO estabeleceu-se algumas fases, sendo a primeira a preparação da equipe multiprofissional. Os integrantes da unidade envolvidos no processo foram: terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, enfermeira, técnicas de enfermagem, psicólogos e médicos. Esses profissionais seriam facilitadores para a promoção da mudança na prática assistencial, na qual chamou-se de CPP (CONSELHO PESQUISA-PRÁTICA); já a segunda fase, chamada de implementação, consistiu em planejar, desenvolver e implementar processos de mudança utilizando estratégias de transferência do conhecimento (como lembretes, material educacional, visitas educativas de sensibilização), na qual o cartão canguru foi escolhido pelo CPP para ser implementado com as mães.

Para alcançar a etapa relativa à IHAC-NEO, o CPP realizou ciclos rápidos para trabalhar com os passos, em relação específica a este trabalho foi realizado a partir do ciclo 2, passo 4, que coloca em prática a realização da “Posição Canguru”. Antes da entrega dos cartões foi explicado aos acompanhantes a importância da realização da posição canguru bem como dos registros que seriam descritos no mesmo. Nas anotações continha a data de início, a duração do tempo em que o neonato permanecia com o familiar na posição canguru, o peso diário da criança e quem (componente familiar) permanecia com o neonato. A seguir fotos do Cartão Canguru:

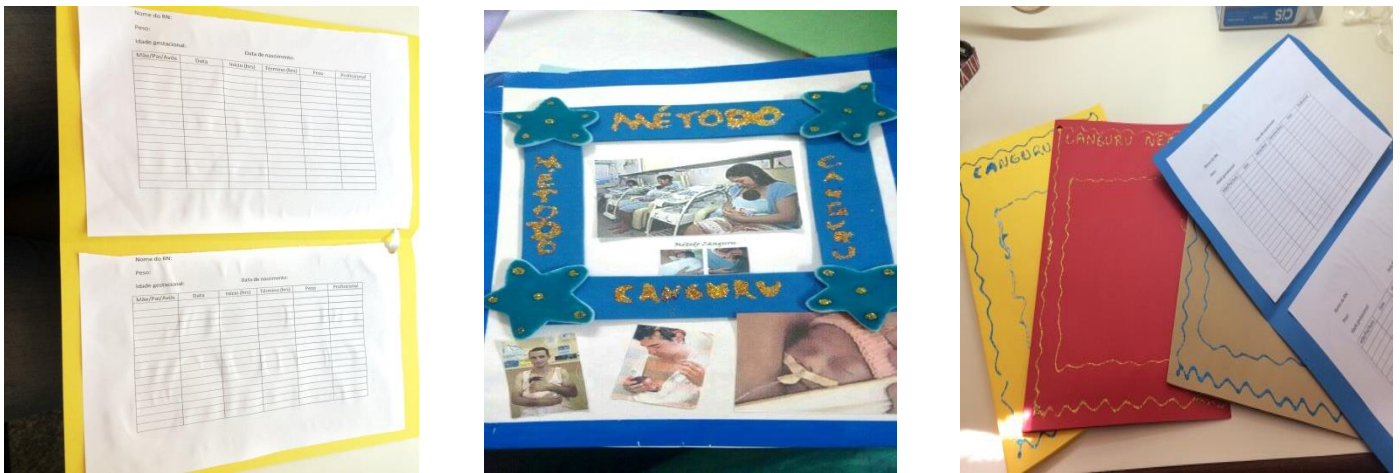


Figura 2 – Cartão Canguru

Fonte: Arquivo pessoal das autoras

O Cartão Canguru foi idealizado para a facilitação das anotações dos dados. Confeccionado pelas alunas de graduação em enfermagem, envolvidas desde a participação no CPP, orientação à família dentro da UTIN, a cerca do projeto, aleitamento materno, benefícios do método, condições ambientais e espaço físico da unidade e a maneira de realizar os registros dos dados no cartão.

Para cada acompanhante foi entregue um exemplar com o objetivo do(a) mesmo(a) registrar as informações. No momento em que o(a) acompanhante recebia os cartões, esses eram incentivados a personalizar de maneira livre cada cartão. A equipe do hospital também foi orientada em relação ao projeto, foram realizadas diversas reuniões para promoção do conhecimento e envolvimento do estudo e um dia de decoração no ambiente hospitalar a fim de incentivar a adesão à política da IHAC-NEO. A seguir fotos da sensibilização realizada na unidade:

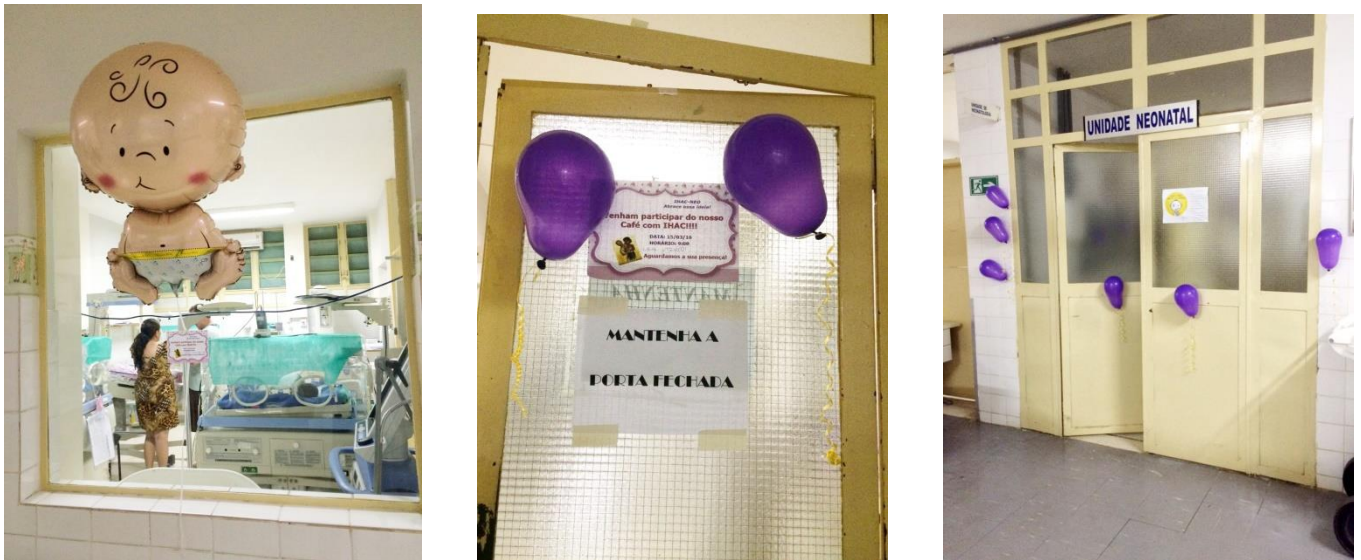


Figura 3 – Fotos do ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal

Fonte: Arquivo pessoal das autoras

Análise dos dados

O banco de dados foi inicialmente estruturado em uma planilha do EXCEL para a digitação das variáveis por dois alunos de graduação para garantir a confiabilidade dos dados. Posteriormente, após a comparação dos dois bancos e correção das divergências, pela orientadora, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética, sob o número de protocolo: 23975813.7.1002.5593.

Resultados

Os dados obtidos a partir da sistematização das informações coletadas nos cartões canguru foram organizados em tabelas a fim de serem apresentados e facilitar a análise.

Tabela 1: Caracterização dos recém-nascidos segundo dados do nascimento e a posição canguru. Brasília-DF, 2016.

Variáveis	\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Peso ao nascimento (gramas)	1627,76	458,77	460	2725
Idade gestacional (dias)	227,86	19,59	189	273
		f	%	
Quem realizou a posição canguru	Mãe	27	93,1	
	Pai	2	6,9	

Nota - \bar{x} = média, DP= desvio-padrão.

O bebê prematuro é classificado a partir da idade gestacional, sendo anterior às 28 semanas extremamente prematuro; entre 28 e 32 semanas, muito prematuro; e prematuro moderado entre 32 e 37 semanas de gestação.⁽¹⁵⁾ De acordo com a tabela 1 o peso médio dos recém-nascidos da pesquisa foi de 1627,76g e a idade gestacional em dias de 227,86 o que representa aproximadamente 32,5 semanas. Em relação à posição canguru a mãe foi quem mais ficou com o RN no contato mantendo pele a pele apresentando 93,1%.

No que tange a duração do período em que a posição canguru foi realizada, a tabela 2 abaixo, permite observar durante 17 dias de anotações, a representação e variação de tempo em que as crianças foram submetidas à intervenção.

Tabela 2: Distribuição descritiva relacionada ao tempo de duração (minutos) na posição canguru. Brasília-DF, 2016.

Variável (dias)	\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo	Perdas
1 ^o	37,71	31,95	10	150	0
2 ^o	48,67	24,13	15	106	8
3 ^o	41,00	39,44	10	180	10
4 ^o	52,75	57,57	14	245	13
5 ^o	58,38	51,39	10	200	16
6 ^o	74,55	63,35	5	240	18
7 ^o	55,33	25,87	25	104	20
8 ^o	56,71	22,17	30	91	22
9 ^o	96,33	50,74	45	165	23
10 ^o	94,00	111,46	35	320	23
11 ^o	71,60	48,27	35	148	24
12 ^o	149,00	136,17	20	303	25
13 ^o	126,67	54,84	65	170	26
14 ^o	213,33	134,28	60	310	26
15 ^o	56,67	41,93	30	105	26
16 ^o	15,00	*	15	15	28
17 ^o	50	*	50	50	28

Nota - \bar{x} = média, DP= desvio-padrão *= Nestes últimos dias das 29 pessoas que realizaram o canguru tivemos uma perda de 28, por isso não foi possível calcular o DP.

A duração da posição canguru pelas mães ou pais apresentou uma diminuição no decorrer dos dias. No primeiro dia não houve perdas, ou seja, todos realizaram a

posição canguru. Porém, é possível visualizar na tabela o aumento das perdas durante os dias da coleta. A redução na realização da posição pode ter sido advinda pela falta de incentivo da equipe multiprofissional que atuam no setor e também e pela estrutura física insatisfatória do ambiente.

Quadro 1- Ganho de peso do recém-nascido após realização da Posição Canguru.

Brasília-DF, 2016.

		Peso ao nascer	Peso último dia de canguru	Ganho de peso em gramas
N	Válidos	29	20	20
	Perdas	0	9	9
Média		1746,03	2105,00	459,50
Desvio-Padrão		374,34	523,60	442,60
Valor Mínimo		1170	1600	40
Valor Máximo		2560	3490	2025

Fonte – Cartão Canguru

De acordo com os números obtidos no quadro acima, das 29 crianças que foram submetidas a posição canguru, com exceção das perdas que não puderem ser analisadas, todo o restante obtiveram ganho de peso significativo durante a internação hospitalar, sendo que o indivíduo com menos peso correspondia a 1.170g no primeiro dia da anotação e no último apresentava 1.600g. E a criança com maior peso, equivalente a 2.560g, obteve um acréscimo de 930g ao fim da intervenção com o último dado de peso correspondente a 3.490g.

Discussão

A saúde perinatal é um dos focos das ações do Ministério da Saúde (MS), já que a mortalidade infantil é representada por um grande índice com difícil reversão, sendo assim, várias políticas públicas permeiam esse contexto, a fim de reduzir os números e

garantir a promoção da saúde das crianças e das gestantes. No processo de humanização a gestação e o nascimento provocam estratégias com a necessidade de elevar o padrão da assistência e também na mudança das práticas profissionais, inserindo a integralidade no cuidado do indivíduo, buscando a qualificação profissional e percepção eficaz na assistência prestada ao cliente. ⁽¹⁰⁾

O Método Canguru é compreendido a partir de três etapas, descritas a seguir: a primeira sendo a internação do bebê na UTIN ou UCIN, com atendimento individualizado a partir da necessidade de cada criança, redução de intervenções aliada aos estímulos ambientais e a realização da posição canguru que dever ser iniciada assim que possível. O aleitamento materno é incentivado juntamente com o envolvimento dos pais nos cuidados e a presença em livre demanda na unidade. ⁽¹⁰⁾

A Segunda etapa consiste no alojamento conjunto com a mãe na UCIN em contato pela a pele contínuo durante o máximo de tempo possível, esse momento é uma preparação para a alta hospitalar que pode ser precoce se a mãe estiver amamentando exclusivamente no peito e o bebê ganhado peso adequado. ⁽¹⁰⁾

A Terceira etapa ocorre após a alta hospitalar. A família e o bebê devem ir até a unidade neonatal no mínimo duas vezes na semana até que a criança consiga pesar 2.000g. O exame físico é realizado, as situações de risco são corrigidas, o AM é observado e são dadas orientações a fim de propiciar o melhor convívio entre bebê e família. Quando ocorre a alta definitiva, a criança é encaminhada para a Unidade Básica de Saúde ou para o Ambulatório de crianças nascidas pré-termo ou com baixo peso. ⁽¹⁰⁾

A prematuridade, além da relação com a idade gestacional, apresenta uma associação com o peso ao nascer. A classificação de bebês pré-termos abaixo do peso se dá pela divisão: “recém-nascido muito baixo peso” (menos que 1.500g) e “recém-nascido extremamente baixo peso” (menos que 1.000g). Crianças com baixo peso apresentam maior risco de desenvolver paralisia cerebral, surdez e deficiência mental em relação às crianças a termo com peso superior a 2.500g. Quanto mais baixo peso a criança apresenta, maiores são os riscos de adquirir sequelas com difícil reversão, como algum tipo de déficit mental ou sensorial que revelam no futuro necessidades de intervenções escolares diferenciadas. ⁽¹³⁾

O contato do bebê internado com a família promove bem-estar, conforto e confiança tanto para criança quanto para seus entes queridos, interferindo de maneira positiva na relação do neonato com o mundo. A pele possui estímulos sensoriais de diversos tipos, no contato durante a posição canguru ocorrem mudanças no organismo

tanto da mãe quanto da criança, o efeito causado por tal contato, é capaz de liberar ocitocina, que promove na mãe uma maior estabilidade de humor, facilitando ainda mais o processo de cuidar, juntamente com a sensação de prazer e a confiança, estabelecendo maior relação de afeto entre as partes. Por outro lado, a interrupção entre o contato ou separação prolongada, pode proporcionar fatores de risco como, atrasos no desenvolvimento, maus-tratos familiares, abandonos e até mesmo abuso. ⁽¹²⁾

As condições ambientais-familiares podem agravar ou atenuar a ocorrência de problemas com a criança. O vínculo mãe-filho corre o risco de ser interrompido, principalmente se a mãe de um bebê pré-termo não possuir instrução em relação à situação de saúde do filho, a maternagem pode ser abalada. Muitas vezes a auto-culpabilização sobre a situação em que se encontra a criança a mantém preocupada em relação à sobrevivência do bebê, fragilizada para realizar os cuidados mediante inúmeras técnicas invasivas, sendo que as diversas interferências agravam o vínculo entre o recém-nascido e a genitora. ⁽¹³⁾

Algumas políticas públicas foram criadas a fim de garantir os direitos das crianças, das mães e dos familiares, sendo assim a partir do regulamento do Estatuto da Criança e do Adolescente é garantido a proteção à vida e à saúde da criança, bem como o atendimento pré-natal e perinatal das mães e condições adequadas ao AM. A humanização do pré-natal e nascimento é instituída pela Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, sendo então garantido o acesso das gestantes e recém-nascidos ao atendimento, com a necessidade de reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal e o atendimento focado nas necessidades individuais de cada ser, entre outros feitos. ⁽¹⁴⁾

A Portaria nº930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o intuito de melhor definir, bem como apoiar e padronizar os cuidados referidos aos recém-nascidos de baixo peso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 693/GM em 5 de julho de 2000, que aprova a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Projeto Mãe Canguru, onde define o Método Canguru, descreve vantagens, delimita a população e discrimina como deve ser a implantação e suas normas, garantindo a humanização da assistência. ⁽²⁾

Em 2002, o MS lançou um manual que prevê de maneira interdisciplinar a capacitação de profissionais da área da saúde na promoção do Método Canguru. ⁽¹⁶⁾ Em

2007, esta foi renovada pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007 que aprova a Norma de Orientações para a implantação do Método Canguru. com intuito de promover a humanização ao recém-nascido. ⁽¹⁷⁾ Esse manual, não só apresenta as normas, mas também tem o intuito de habilitar profissionais da saúde aos cuidados e melhorar o prognóstico do recém-nascido, ressaltando ainda que a Posição Canguru, se permitida e indicada, deve ser realizada de maneira intensa.

Durante a realização do estudo e intervenção na unidade neonatal, a equipe do hospital foi orientada em relação ao projeto, sendo realizadas diversas reuniões para promoção do conhecimento e envolvimento do estudo e um dia de decoração no ambiente hospitalar para incentivar a adesão à política da IHAC-NEO, porém a grande maioria dos profissionais se mostraram introspectivos e não colaborativos com as intervenções, o que gerou dificuldade no processo.

O treinamento dos profissionais para atuar na área do cuidado humanizado e apoio ao AM com intuito de prevenir o desmame precoce, deve ser guiado através dos “Dez Passos para sucesso do aleitamento materno”, que envolvem a utilização de norma escrita sobre o aleitamento, treinamentos da equipe, orientação da mãe, não oferecimento de outros alimentos ou bebidas a menos que por indicação médica, bem como a não utilização de bicos artificiais, chupetas entre outros; manter alojamento conjunto, amamentação sob livre demanda e formação de grupos de apoio para o período pós alta hospitalar. ⁽⁶⁾

Conclusão

Portanto, os cuidados para os neonatos internados devem ser voltados para tratamento e prevenção de problemas que envolvam a imaturidade do bebê. Geralmente essas crianças são cercadas por aparelhos e procedimentos invasivos, na presença de ventiladores artificiais, sondas, equipamentos, diversos profissionais e medidas de segurança.

Inúmeros fatores tornam-se barreiras para o contato íntimo da família com o recém-nascido, dificultando a formação do vínculo e também da amamentação. Inserir a humanização dentro desse contexto se torna um desafio. Sendo assim, cinco elementos básicos devem ser preservados no Método-Canguru: promover alta precoce a partir das condições clínicas do bebê; amamentação exclusiva; posição canguru a fim de obter

calor e estímulos; educação e informação à família a cerca dos cuidados da criança e acompanhamento ambulatorial de modo a monitorar crescimento e desenvolvimento do bebê.⁽¹⁸⁾

O convívio familiar constante com o bebê dentro da unidade e a realização dos cuidados primários feitos pela mãe ou pai da criança, aliado à amamentação e vínculo fraternal, possibilita o novo ser pertencente ao núcleo familiar de ser visto e tratado como um cidadão com direitos. A alta hospitalar precoce libera leitos, diminui gastos, fortalece vínculos familiares e juntamente com o aleitamento, promovem saúde para a criança, reduzindo a chance de complicações intra e extra-hospitalares.⁽¹⁹⁾

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros. Geneva: WHO; nov. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204270/14/WHO-RHR-15.22-por.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Norma de orientação para implementação do método canguru [promover a atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2000 jul. 5. Seção 1. p. 15.
3. Organização Mundial de Saúde, Fundo das nações unidas para a Infância, Banco Mundial, Divisão de População do Departamento da ONU para Assuntos Econômicos e Sociais. Relatório 2015: Níveis e tendências em mortalidade infantil. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf
4. Organização das Nações Unidas. Relatório 2015: Níveis e tendências em mortalidade infantil. 2015 set. 9 Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/>
5. Nogueira de Andrade Izabella Santos. Aleitamento materno e seus benefícios: primeiro passo para a promoção saúde. Rev. Bras. Prom. Saúde. [Internet]. 2014 jun. 27(2): 149-150.

6. Lamounier Joel Alves, Bouzada Maria Cândida F., Janneu Arlete Moreira de S., Maranhão Ana Goretti K., Araújo Maria de Fátima M. de, Vieira Graciete Oliveira et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2008 June [cited 2016 Nov 23] ; 26(2): 161-169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000200012>.
7. Nyqvist Kerstin Hedberg , Haggkvist Anna-Pia, Hansen Mette Ness, Kylberg Elisabeth, Frandsen Annemi Lyng, Maastrup Ragnhild, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *Journal of Human Lactation*, 2012.
8. Nyqvist Kerstin Hedberg , Haggkvist Anna-Pia, Hansen Mette Ness, Kylberg Elisabeth, Frandsen Annemi Lyng, Maastrup Ragnhild, et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *Journal of Human Lactation*, 2013.
9. Rycroft-Malone Jo, Kitson Alison, Gill Harvey, Brendam McCormack, Seers Kate, Titchen Angie, et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 2002.
10. Lamy Zeni Carvalho, Gomes Maria Auxiliadora de S. Mendes, Gianini Nicole Oliveira Mota, Hennig Márcia de Abreu e S.. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 Sep [cited 2016 Nov 23] ; 10(3): 659-668. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>.
11. Gil Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas. 2008; 4 ed. São Paulo.
12. Venancio Sonia Isoyama, Almeida Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2004 Nov [cited 2016 Nov 23] ; 80(5 Suppl): s173-s180. Available

from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700009>.

13. Martins Linhares Maria Beatriz, Vita Carvalho Ana Emília, Machado Bordin Maria Beatriz, Thomazatti Chimello Juliana, Eulógio Martinez Francisco, Moysés Jorge Salim. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. São Paulo: USP, 2000.

14. Brasil. Presidência da República. Diário Oficial da União. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2016 out. 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

15. Organização Mundial de Saúde. Notas descritivas [Nascimentos prematuros]. Geneva: WHO; nov. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru: Manual do Curso. Brasília, 2002.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Normas de orientação para implantação do método canguru. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2007 jul. 12. Seção 1. p. 84.

18. Colameo Ana Júlia, Rea Marina Ferreira. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Mar [cited 2016 Nov 23] ; 22(3): 597-607. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300015>.

19. Colameo Ana Júlia. O Método Mãe Canguru: um encontro entre a tecnologia, a humanização e a cidadania. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico na Internet]. 2007 Ago [citado 2016 Nov 23] ; (42): 48-50. Disponível em:

[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122007000200013&lng=pt.](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122007000200013&lng=pt)