



MÉTODO CANGURU EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO¹

Eveny Natassia Santos F. da Silva ²

Margarethe Carvalho Santos²

Rita de Cássia Veloso da Silva ³

RESUMO

Segundo (OMS 2004) o método mãe canguru é um método que viabiliza o contato pele a pele com a mãe visando um contato prematuro com benefício na redução da mortalidade, na criação de laços afetivos com a família, fortalecimento do apego materno através da amamentação. Este trabalho monográfico tem como objetivo geral avaliar a importância do Método Canguru no crescimento e desenvolvimento do Recém Nascido Prematuro. Este trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo descritiva e exploratória que pretendeu analisar o método Canguru em recém-nascidos prematuros: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através de artigos presentes nas principais bases de dados da saúde. O levantamento de artigos e outros estudos publicados foram realizados via internet nas seguintes bases de dados: SciELO – Scientific Eletronic Library Online, PubMed, ScienceDirect. Os descritores para o levantamento de artigos foram: Desenvolvimento e crescimento Infantil, RN prematuro; Método Mãe Canguru. Foi construído um banco de dados com os artigos encontrados e após a leitura dos resumos foram considerados os artigos em português ou inglês que tratavam especificamente do método Canguru em recém-nascidos prematuros: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Concluímos que é preciso estabelecer uma boa Ligação Afetiva entre os pais e o recém-nascido para transmitir seu amor mostrando o quanto seu bebê precisa deles, que é preciso ser confiante e que esse momento é passageiro. E que logo poderão está com seu bebê sadio e em casa.

Palavra - chave: Desenvolvimento e crescimento Infantil, RN prematuro; Método Mãe Canguru

¹ Artigo apresentado a Bahiana- Pós Graduação pesquisa e extensão, como requisito parcial para obtenção do Curso de Especialização em Obstetrícia .

² Aluna do Curso de Especialização em Obstetrícia da Bahiana

³ Professora e Orientadora do Curso de Especialização em Obstetrícia da Bahiana

ABSTRACT

According to (OMS 2004) Kangaroo Mother Care is a method that enables the skin to skin contact with the mother in order to early contact with benefit in reducing mortality, creating emotional bonds with family, strengthening of maternal attachment through breastfeeding. This monograph aims to assess the general importance of Kangaroo Care on growth and development of preterm infants. This work it is a survey of the literature review and a descriptive exploratory aim of analyzing the Kangaroo method in premature infants: monitoring growth and development through articles in the foremost health databases. The collection of articles and other published studies have been conducted via the Internet in the following databases: SciELO - Scientific Electronic Library Online, PubMed, ScienceDirect. The descriptors for the collection of articles were: Child Development and growth, preterm infants, Method Canguru. Foi Mother built a database of items found and after reading the abstracts were considered the papers in Portuguese or English that dealt specifically with the method Kangaroo in premature infants: monitoring growth and development. We conclude that we need to establish a good bonding between parents and baby to communicate his love showing how much your baby needs them, you have to be confident and that moment is fleeting. And that may soon with your baby is healthy and at home.

Word - key: Child Development and growth, preterm infants, Kangaroo Mother Care

1 INTRODUÇÃO

A preocupação em reduzir a Mortalidade Infantil e diminuir o tempo de internação dos recém-nascidos prematuros tem sido o foco do Ministério da Saúde, que preocupado em encontrar uma forma de minimizar este problema lançou o Método Canguru. O Método Canguru é um de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. (OMS, 2011).

No momento atual, não preocupado em encontrar uma metodologia de abordagem perinatal, que “sirva para os países em desenvolvimento”, mas sim com interesse em mudar a postura com a humanização da assistência prestada o Ministério da Saúde lançou, por meio da portaria n° 693 de 5/07/2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém- Nascido de Baixo Peso (Método Canguru). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A prática foi criada e implantada em 1979 na Colômbia e, desde então, vem sendo amplamente difundida. O Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF, apoia a iniciativa desde o início devido aos resultados positivos na redução da mortalidade, aos benefícios psicológicos – para mãe e filho - e ao baixo custo para

implantação. Conforme artigo publicado no *Jornal de Pediatria*, ed. nov. 2004, o MMC, também conhecido como Cuidado Mãe Canguru ou Contato Pele a Pele foi originalmente idealizado diante da necessidade de se “dar alta precoce para recém-nascidos de baixo peso em situações críticas como falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno”. Para implementação do método, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê era incentivado desde o nascimento sendo a criança colocada entre as mamas. O leite materno deveria ser a única fonte de alimentação do recém-nascido. A alta precoce passou a ser indicada independente do peso do bebê, desde que suas condições clínicas fossem estáveis. (XAVIER, CC, 2010)

Mãe Canguru surgiu da semelhança que existe entre a forma como as mães carregam seus filhos prematuros neste método de assistência. Consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical e contra o peito da mãe, do pai ou de um adulto. O método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. A finalidade é ajudar no processo de desenvolvimento do prematuro (WINNICOTT, 2012).

O método mãe-canguru traz muitos benefícios ao recém-nascido de baixo peso. A participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo. A oportunidade de uma participação efetiva dos pais, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo, bem como a possibilidade de elaborar arranjos mais favoráveis para o cuidado da criança. O sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva.

O pai, por sua vez, cada vez mais instigado a participar do cuidado dos filhos, pode não ser capaz de corresponder a essa expectativa, devido aos papéis de gênero que ainda prevalecem na maioria dos casos. Nesse sentido, a rede familiar, em especial os parentes consangüíneos, tem função importante na prática do MMC. Conseqüentemente, o papel da equipe de saúde poderia ser aprimorado por meio do conhecimento da rede familiar relacionada à mãe canguru, planejando, em conjunto

com ela, a organização necessária para que a criança receba o cuidado apropriado.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a importância do Método Canguru no crescimento e desenvolvimento do Recém Nascido Prematuro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONHECENDO O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina duas classificações de grande importância que devem ser empregadas aos recém-nascidos para se identificar às condições físicas e, até mesmo as relacionadas com a maturação. A primeira está relacionada à idade gestacional do recém-nascido, que são classificados como: pré-termo, aquele com menos de trinta e sete semanas de idade gestacional e a segunda com menos de dois quilos e meio considera-se baixo peso, e com menos de um quilo e meio considera-se muito baixo peso.

Considera-se, ainda, prematuro limítrofe o recém-nascido com idade gestacional de 36 semanas e trinta e seis semanas e seis dias. Os recém-nascidos abaixo peso e os prematuros são apontados como de alto risco por possuir instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação. Ao nascer sob essas condições de saúde apresentam necessidade de cuidado especializado desenvolvidos nas unidades de tratamento intensivo neonatal (DAVIS, 2010).

De um modo geral, considera-se o crescimento como aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente. (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

2.1.1 Recém nascido pré termo

O termo baixo peso ao nascer também é empregado frequentemente, quando se fala de um recém-nascido prematuro (RNPT), mas considerando que essa designação inclui tanto os RN pré-termos como os RN a termo com menos de 2.500g ela parece não identificar especificamente o recém-nascido prematuro (ERNA ZIEGEL, 2012)

O recém-nascido pré-termo apresenta uma serie de problemas especiais devido a imaturidade de seus sistemas, porém a magnitude desses problemas dependerá do grau de prematuridade. A mortalidade neonatal aumenta progressivamente com o grau de imaturidade. (ERNA ZIEGEL, 2012)

Não basta identificar uma criança como pré-termo, o grau de maturidade também deve ser estabelecido. Isso pode ser feito com bastante precisão determinando-se o número de semanas de gestação do bebê e usando-se a idade gestacional para identificar o bebê, e não a classificação geral de pré-termo. (ERNA ZIEGEL, 2012)

Considerando que os diferentes graus de prematuridade representam problemas diferentes, os bebês pré-termo são divididos em 3 grupos, designados extremamente prematuros, moderadamente prematuros e de prematuros limítrofes. Consideram bebês que nascem com menos de 30 semanas de gestação como pertencendo ao grupo denominado extremamente prematuro. (ERNA ZIEGEL, 2012)

Esses bebês encontram-se no limite da viabilidade e necessitam de cuidados sofisticados para aumentar suas chances de sobrevivência. Bebês com essa idade gestacional precoce provavelmente têm um grande numero de problemas complexos inter-relacionados. Sempre que possível os bebês com idade gestacional inferior a 30 semanas deveriam nascer em um hospital equipado para dar cuidados intensivos a partir do momento em que nascem. Esses bebês necessitam do Maximo apoio visando dar-lhes a melhor oportunidade para sobreviver e boa condição física e neurológica e para evitar uma diminuição das funções devido a uma lesão do SNC. (ERNA ZIEGEL, 2012)

A avaliação do crescimento do recém-nascido pré-termo, e especialmente do pré-termo extremo, é um parâmetro necessário para identificar sua condição de saúde e seu prognóstico no sentido de alcançar uma vida saudável e semelhante

aos demais. Na fase inicial de sua vida extrauterina, sofrerá profundas mudanças na dinâmica de seu crescimento em relação ao crescimento intra-uterino alcançado até o parto, e em relação ao que deveria ter se permanecesse no útero.

A questão fundamental que norteia a presente investigação é avaliar o crescimento físico dos RNPT, através de medidas como o peso, comprimento e perímetro cefálico, nas condições atuais de assistência médico-hospitalar. (XAVIER, CC, 2010)

Tudo deve ser feito para assegurar que uma criança nasça a termo, bem desenvolvida e saudável, mas apesar de todo cuidado, há crianças que nascem prematuramente.

Segundo Marcondes (2010), uma das definições mais completas de prematuridade é a de Lubchenco e cols. onde propõem um limite de 38 semanas de gestação, a partir do primeiro dia da última menstruação.

Sabe-se pouco sobre os fatores que desencadeiam partos prematuros. Acredita-se que haja relação com nutrição, raça, idade materna, gemelaridade e morbidade perinatal que acarreta.

O peso do nascido pré-termo varia entre 2.500 a 700 gramas, no mínimo. Geralmente, a perda fisiológica é maior do que a ocorre com o nascido a termo e sua recuperação é tardia.

O prematuro apresenta hiperbilirrubinemia com mais facilidade que o nascido a termo, devido a deficiência enzimática ao nível hepático, onde há pequena produção de albumina para a combinação com a bilirrubina não- conjugada. A barreira hematencefálica do prematuro é mais permeável e tem escassez de tecido adiposo, facilitando a impregnação cerebral por bilirrubina não - conjugada.

O ducto arterioso é de vital importância na circulação fetal e este deve fechar-se após o nascimento através do aumento da pressão do oxigênio e da maturidade fetal. Portanto, o prematuro é altamente suscetível á manutenção deste ducto, causando aumento do fluxo sanguíneo pulmonar e diminuição do mesmo para o resto do organismo (DAVIS, 2011).

O prematuro apresenta algumas deficiências decorrentes da imaturidade, como reflexo de sucção e de deglutição débeis, incompleto fechamento do cárdia, favorecendo a regurgitação, menor capacidade gástrica, digestão e absorção insuficientes, causando inúmeras perturbações digestivas. Desde que as condições clínicas, peso e idade gestacional do prematuro permitam, deve-se iniciar a

alimentação com seis horas de vida, 2 a 3ml/Kg de água com glicose a 10 ou 20% e repetir a cada duas horas.

O leite deverá ser iniciado com 12 horas de vida nos mesmos volumes citados anteriormente.

No prematuro com peso inferior a 1.000g, a alimentação parenteral é normalmente a escolhida. Entre 1.000 e 1.500g, indica-se a alimentação por sonda nasogástrica ou nasojejunal. Crianças que reagem e tiveram peso de 1.500 a 2.000g, devem receber leite materno por mamadeira ou ainda por colher, para não inibir o desenvolvimento do reflexo de sucção ao seio. Edilza Maria R. Schmitz. Editora Atheneu,2010.

3.1.2 Prematuridade limítrofe

Esse grupo compreende crianças que pesam geralmente entre 2.200 e 2.800g, medem entre 45 a 46 cm de comprimento e aproximadamente 32,5cm de perímetro cefálico. Respondem por 7% de todos os nascimentos vivos, por 65% dos RNPT nascidos vivos, e a mortalidade neonatal é muito baixa, cerca de 9%.

No berçário do Hospital Universitário da USP, em 1988, a 35 semanas, no percentil suavizado 50, o peso foi de 2.342g; a 36 semanas de 2.531g; a estrutura média de 45,7cm; e o perímetro cefálico de 32,8cm.

Os primeiros problemas que essas crianças apresentam são: controle irregular da temperatura corpórea, da sucção e da deglutição, hiperbilirrubinemia e, menos freqüentemente, síndrome do desconforto respiratório idiopático e infecções neonatais. O risco da doença de membranas hialinas aumenta consideravelmente quando o nascimento ocorre por cesárea, atingindo cerca de 8%, segundo Avery, contra 1% em partos normais, por via vaginal.

A distinção do RNPT limítrofe torna-se importante á vista do exposto e já o próprio exame clínico o permite. Instabilidade térmica, alterações na mecânica alimentar, insuficiência respiratória representada por retrações intercostais, taquipnéia e cianose e icterícia importante podem representar imaturidade funcional no RNPT ou então grave sinais de doença no RN de termo.

3.1.3 Prematuridade moderada

Muitas dessas crianças têm mais de 2.000g de peso; no Hospital das Clínicas da FMUSP a mediana suavizada de 31 a 34 semanas foi, para o peso, de 1.590, 1.708, 1.905 e 2.110g; para a estrutura, 39, 40,8, 43,1cm; e para o perímetro cefálico, 29, 29,4, 30,4 e 31,3cm, respectivamente. No BAM-HC, evoluíram para óbito, em 1998, 10% dos RN dessa faixa de idade gestacional.

Em geral, nos centros mais adiantados, essas prematuros apresentam baixa mortalidade, sendo os casos de membrana hialina grave o maior responsável pelos óbitos, Em centros menos desenvolvidos, infecção também muito importante nesse grupo.

3.1.4 Prematuridade extrema

Os RN pré-termo extremo (RNPE), definidos como aqueles cuja idade gestacional é menor do que 30 semanas, apresentam, em decorrência dessa maior imaturidade, intercorrências mais freqüentes e mais graves, favorecendo o desenvolvimento de deficiência a curto e/ou longo prazo.

Esse RN costumam pesar menos do que 1.500g, medir menos do que 38cm de estatura e menos do que 29cm de perímetro cefálico ao nascimento. Os problemas mais freqüentes que esse grupo costuma apresentar.

3.1.5 Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo

A assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido pré-termo é semelhante á do nascido a termo (imediate e mediata), apenas com o acréscimo de cuidados, que serão descritos a seguir, referentes ás particularidades que o mesmo apresenta.

O pré-termo deve ser mantido em berço aquecido ou incubadora, observar sempre, pois poderá apresentar alterações que necessitam de atuação imediata do enfermeiro, como; Apnéia , que se caracteriza pela cessação dos movimentos respiratórios por mais de 15segundos, acompanhada por bradicardia, cianose, hipotonia muscular, sequelas neurológicas ou morte. Pode ocorrer devido a imaturidade do sistema nervoso, queda ou aumento da temperatura corporal,

hipocalcemia, hipo ou hipervolemia ou SARA (DAVIS, 2011).

Quando detectada, deve-se instalar oxigenoterapia imediatamente, com monitorização para se evitar doenças pulmonares crônicas, devido a toxicidade do oxigênio e a fibroplasia retrolental. Durante esta fase deve-se; elevar a cabeceira do leito, para facilitar a expansão torácica supervisionar a posição do pescoço, mantendo-o em extensão para evitar obstrução respiratória; aspirar sempre que necessário para manter as vias aéreas permeáveis ; e suspender a alimentação e instalar hidratação venosa ou NPP quando indicadas (DAVIS, 2011).

Vômito; pode ocorrer por alterações do trato gastrointestinal ou por ter-se excedido a capacidade gástrica do RN com alimentação ou deglutição de secreções. Os cuidados para esta ocasião são: observar e anotar no prontuário, se o vômito é jato ou não; se ocorre após a alimentação; frequência, quantidade, cor, odor, etc., mantê-lo em decúbito lateral ou ventral, para facilitar a drenagem e aspirar sempre que necessário; suspender a alimentação e avaliar as condições do RN em busca da causa do vômito (DAVIS, 2011).

Observar, anotar e averiguar a causa do surgimento de hemorragias, através do coto, vômito, fezes e urina, em função da dificuldade de coagulação sanguínea, acentuada no pré- termo.

Observar a primeira eliminação do mecônio e urina, se não eliminar na hora do parto. A não eliminação do mecônio nas primeiras 24 horas de vida pode significar malformações congênitas do trato gastrointestinal, assim como a anúria pode significar malformações do trato urinário.

Os cuidados com a higiene do nascido a termo conferem com dos nascidos prematuro, porém o tempo de exposição deve ser muito pequeno.

A alimentação do prematuro depende das condições que o mesmo apresenta, pode através de gavagem, mamadeira, seio materno NPP principalmente para menores de 1.000g

O nascido pré-termo apresenta a pele extremamente sensível e o sistema imunológico imaturo, por isso deve-se evitar o traumatismo da pele limpando-a com algodão embebido em água.

Após as micções e evacuações, limpar os genitais, pois as irritações e ferimentos são portas de entrada para microrganismos.

O recém-nascido pré-termo enfrenta problemas de absorção intestinal devido a deficiência das glândulas de Brunner e pela própria condições de imaturidade. Por

isso, comumente apresenta diarreia, mas esta também pode ser causada por microrganismos patogênicos. De qualquer forma a diarreia implica em desidratação, que se constitui em um sério risco para a criança. Por isso devem ser tomadas as seguintes medidas; observar a frequência da diarreia das evacuações e as características como odor, cor consistência e frequência, quando apresentar suspeita de enteroinfecção a criança deveria ser isolada, assim como tudo o que for utilizado nela (DAVIS,2011).

O recém-nascido pré-termo, devido a sua baixa resistência imunológica, facilmente adquire monilíase oral.

Deve-se orientar os pais sobre; a participação nos cuidados do seu filho. Encorajar a mãe a segurar o RN ao colo ou mesmo acariciá-lo na incubadora, pois ele necessita de carinho e estímulo para que se desenvolva a alta hospitalar da criança, quando estiver sugando o seio materno e apresentar condições clínicas que não a coloque em perigo longe da assistência médica e de enfermagem, o acompanhamento em serviço de puericultura, a cada quinzena, nos três primeiros meses e mensalmente, a seguir, ou conforme a condição clínica da criança, a importância do aleitamento materno e estimulá-la a retirar o leite manualmente, ou através de bomba, para que seu filho o receba e a produção láctea não diminua, as anormalidades, se isto ocorrer, e sobre as alternativas de tratamento e encaminhamento, quando for o caso, medidas de proteção contra infecção (afastamento de pessoas portadoras de infecção , lavagem das mãos , cuidados com o bico, etc. Cuidados gerais como o de banheira, banho de sol, vestuário adequado, uso de chás ou outros líquidos , sono, etc.

Durante o processo de orientação é fundamental verificar-se o conhecimento prévio dos pais e seus questionamento. A orientação deve ser adequar-se às necessidades identificadas. (Edilza Maria R. Schmitz,2010).

3.3 MÉTODO CANGURU

O Método Mãe - Canguru consiste no contato direto, pele a pele, entre o recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso e sua mãe, desde o momento em que o bebê apresente condições clínicas estáveis. Com o desenvolvimento e a estabilidade clínica do recém-nascido, o contato pele a pele é iniciado e o bebê permanece junto à mãe, como se estivesse em uma bolsa semelhante à de

um canguru. Este contato entre mãe e bebê estimula o ganho ponderal de forma mais acelerada, a partir do controle da termorregulação e da promoção do aleitamento materno. Além disso, o contato entre o binômio estimula o desenvolvimento, o fortalecimento do vínculo afetivo e a aprimoração do cuidado materno (DAVIS, 2011).

Segundo Montagu, pesquisas revelam que se um prematuro for tocado, embalado, acariciado ou aconchegado no colo apresenta menos períodos de apnéia, goza de um aumento acelerado do peso e progride em termos do funcionamento do sistema nervoso central.

Com a implementação do MMC como terapêutica assistencial na recuperação de crianças prematuras e de baixo peso, estes recém-nascidos internados em Unidades Neonatais deixam de ser mantidos nas incubadoras até alcançarem o peso considerado ideal para alta, situação esta que trazia implicações para a saúde da puérpera e seu bebê, tais como o desestímulo ao aleitamento materno, comprometimento do vínculo afetivo, além do risco aumentado para infecções, por conta do tempo de permanência prolongado nas unidades de internamento.

Segundo Klaus e Kennel, os recém-nascidos pré-termo eram isolados de suas mães e demais familiares, não havendo uma preocupação em aproximar os pais de seus filhos. O atendimento ao pré-termo era baseado no menor manuseio possível e isolamento, não sendo permitido o contato dos pais com o recém-nascido e excluindo a mãe dos cuidados com o bebê. Hoje, a participação os pais no tratamento e recuperação da criança prematura é vista como essencial para a obtenção de um bom resultado no seu crescimento e desenvolvimento.

A posição canguru, conforme a norma do Ministério da Saúde (MS) traz muitas vantagens para a criança: aumento do vínculo mãe-filho a partir do menor tempo de separação do binômio; estímulo ao aleitamento materno; maior confiança e competência dos pais no cuidado do seu filho após a alta; melhor controle da termorregulação; menor número de RN em unidades de cuidados intermediários devido a maior rotatividade dos leitos; melhor relacionamento da família com a equipe; além da redução dos riscos para infecção devido a menor permanência hospitalar. O método canguru permite ainda a estimulação da respiração do RN prematuro, segurança e equilíbrio ao bebê, economia devido a ótima relação custo-benefício, diminuição da mortalidade neonatal.

O Método Mãe-Canguru foi implementado inicialmente em 1978, em Bogotá,

na Colômbia por Edgar Rey Sanabria, sendo desenvolvido a partir de 1979 pelos pediatras colombianos Héctor Martínez Gómez e Luis Navarrete Pérez, do Instituto Materno-Infantil de Bogotá. O objetivo deles era acabar com a prática de colocar dois ou três bebês numa mesma incubadora, e ainda reduzir o tempo de separação entre a mãe e a criança, motivo de abandono desses recém-nascidos. Esta técnica foi progressivamente conduzindo à definição do Programa Mãe-Canguru.

Segundo Davis, a "posição canguru" idealizada em Bogotá foi baseada no princípio de que os filhotes do animal canguru nascem imaturos e completam seu desenvolvimento no interior de uma bolsa, na qual o filhote é amamentado, aquecido e protegido adequadamente até o momento ideal para sobrevivência fora do ventre materno. O objetivo era diminuir a mortalidade neonatal elevada naquele país. A idéia era de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe promoveria maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde.

No Brasil, uma das primeiras instituições hospitalares a trabalhar com a posição canguru, foi o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - IMIP, na cidade do Recife. A partir de então, hospitais brasileiros começaram a realizar o método, colocando os recém-nascidos em contato com o peito das mães, requerendo capacitação de profissionais e sensibilização da família para evitar o uso de metodologia e critérios inadequados.

A consolidação do Método Mãe-Canguru (MMC) no Brasil pelo Ministério da Saúde no ano de 2002 se deu através do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Portaria nº 693, sendo nomeado de Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Desde então, o contato precoce dos pais com o recém-nascido prematuro passou a ser uma ação terapêutica da assistência neonatal em nosso país.

Apesar dos questionamentos acerca das vantagens do MMC, que surgiram em função da não comparação desses resultados iniciais com resultados obtidos em um grupo controle, vários países europeus adotaram a prática, e suas pesquisas confirmaram em grande parte os achados iniciais.

Ao longo das últimas décadas, diversos serviços adotaram o MMC, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mostrando possibilidades de adaptação da proposta em diferentes contextos de acesso à tecnologia na assistência neonatal.

Os primeiros experimentos realizados em países desenvolvidos indicaram que o método era seguro em termos de resposta fisiológica do recém-nascido (RN) e que oferecia benefícios em relação à prática da amamentação e redução de hospitalizações, além de reduzir o choro dos bebês aos 6 meses de vida. Dois experimentos realizados em países em desenvolvimento mostraram que o MMC era seguro quanto à mortalidade, podendo reduzir a morbidade grave e evitar reinternações (GUEDENEY, 2010).

Em meados da década de 90, um grupo de pesquisadores e profissionais de saúde de diversos países com experiência em MMC reuniu-se em Trieste, Itália, para discutir a efetividade, segurança, aplicabilidade e aceitabilidade desse tipo de atenção ao RNBP em diferentes localidades.

Com base nas pesquisas já realizadas e nos relatos de experiências de diferentes serviços, o grupo concluiu que o MMC tinha potencial para melhorar a saúde e a sobrevivência de RNBP, particularmente naqueles locais onde os recursos são limitados. Porém, benefícios tanto para as mães quanto para os bebês também podem ser obtidos nos locais onde se dispõe de tecnologia, casos em que o método contribui para a humanização da assistência neonatal e para um melhor vínculo mãe-bebê (GUEDENEY, 2010).

Esta revisão tem por objetivo demonstrar evidências científicas sobre os benefícios do MMC no tocante à amamentação, bem como seu impacto sobre a morbidade e a mortalidade infantis, aspectos psicoafetivos e neurosensoriais.

No ano 2000, o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP (MMC), recomendando-a e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médicos-assistenciais integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal . UTIN, e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar).

Na primeira etapa, preconiza-se acesso precoce e livre dos pais à UTIN, estímulo à amamentação e participação da mãe nos cuidados do bebê, bem como início do contato pele a pele logo que as condições clínicas do bebê permitam. Na segunda etapa, mãe e bebê permanecem em enfermaria conjunta, e a posição

canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível.

Os critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria são disponibilidade materna, capacidade materna de reconhecer as situações de risco do RN e habilidade para a colocação da criança em posição canguru.

Além disso, os bebês devem ter alcançado estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250 g e ganho de peso diário maior que 15 g. Os critérios para alta hospitalar, com transferência para a terceira etapa, são: segurança materna quanto aos cuidados do bebê; motivação e compromisso para a realização do método por 24 horas/dia; garantia de retorno à unidade de saúde de maneira freqüente; peso mínimo de 1.500 g; criança com sucção exclusiva ao seio; ganho de peso adequado nos 3 dias que antecedem a alta hospitalar; e condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento enquanto estiver na terceira etapa, que se encerra, em geral, quando o peso do bebê atinge 2.500 g¹⁰. Silva, analisando as normas e rotinas definidas pelo Ministério da Saúde, identificou cinco pilares na proposta brasileira: (1) cuidados individualizados, centrados nos pais (intervenção centrada na família); (2) contato pele a pele precoce (estimulação adequada e prazerosa, com integração sensorial); (3) controle ambiental de luz e som (para evitar estimulação aversiva e inadequada); (4) adequação postural (prevenção de futuras distonias nos RN prematuros); e (5) amamentação (favorecendo vínculo e prevenção de doenças no primeiro ano de vida) (GUEDENEY, 2010).

Pode-se dizer que o desenvolvimento da proposta de Atenção Humanizada ao RNBP. MMC no Brasil sofreu forte influência da Colômbia, que norteou as linhas gerais do programa (presença da mãe, contato pele a pele, aleitamento materno e possibilidade de alta precoce), e também de outras experiências de cuidados com bebês prematuros, como o Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato (Newborn Individualized Development Care and Assessment Program. NIDCAP), que se baseia na teoria do desenvolvimento síncronoativo.

Segundo essa teoria, o equilíbrio do funcionamento do bebê prematuro é estabelecido por cinco subsistemas (autonômico, motor, de estados, de atenção/interação e regulador), que são interligados e interagem entre si. A desorganização de um subsistema sobrecarrega os outros e influencia

negativamente o bebê, assim como a organização de um subsistema influencia positivamente os demais, permitindo um equilíbrio no organismo.

4 METODOLOGIA

A metodologia adotada na pesquisa está diretamente ligada ao estudo que será realizado. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, do tipo descritivo.

De acordo com Severino (2007) “A bibliografia como técnica tem por objetivo a descrição e classificação dos livros e os documentos similares, segundo critérios, tais como autor, gênero literário, conteúdo temático, data, etc. Dessa técnica resultam repertórios, boletins, catálogos bibliográficos. É a eles que se deve recorrer quando se visa elaborar a bibliografia especial referente ao tema do trabalho. Fala-se de bibliografia especial porque a escolha das obras deve ser criteriosa, retendo apenas aqueles que interessam especificamente ao assunto tratado”.

Serão levantados os estudos publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, disponíveis on-line. Na investigação preliminar realizada na Base de Dados Bireme – B.V.S. identificou-se nas fontes LILACS, BDNF, SCIELO num total de 39 textos

Deste universo levantado optou-se por selecionar os textos exclusivamente na língua portuguesa, independente da abordagem usada no estudo, disponíveis na forma on-line. Identificou-se após o levantamento inicial um volume de 38 textos, que após a leitura dos resumos e seleção rigorosa daqueles diretamente relacionados ao objeto deste estudo totalizaram 8 textos. Na seleção dos estudos incluímos textos na língua portuguesa, publicados no período de 2004 a 2014. Esses critérios limitaram a amostra de publicações a um conjunto de 08 textos.

Foram excluídos os textos que tiveram origem em outra língua (inglês, espanhol) e que não tinham como foco o objetivo do estudo e fora do período indicado.

Inicialmente os resumos dos textos serão lidos e ajudarão na seleção dos textos diretamente relacionados com o objeto de estudo.

A partir daí daremos início as leituras dos textos, que serão exaustivamente lidos e revisados até que encontre as idéias principais de cada autor e encontremos os temas comuns entre si, geradores de unidades de significados ou categorias de análises que ajudarão a encontrar os objetivos a serem analisados e temas

significativos nesta monografia.

Estes dados serão apresentados num quadro específico a ser definido com o orientador para o desenvolvimento da revisão sistemática.

CONCLUSÃO

É necessário compreender o processo psíquico pelo qual passa o homem e a mulher antes da concepção de seu filho e durante o ciclo gravídico-puerperal; conhecer os novos padrões de interação e reestruturação desenvolvidos com a chegada de um filho; desenvolver como o desenvolvimento e as capacidades do bebê que esses pais estão gestando, no caso de nascer prematuramente ou com baixo peso, mudam significativamente o foco da assistência prestada a essa nova família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esperamos como graduadas de enfermagem poder através desse método orientar e educar os pais quantos os benefícios e suas dúvidas. Sabemos que o recém-nascido de baixo peso necessitará de tratamento intensivo por questão a sua prematuridade que através da capacitação do método mãe canguru iremos acolher essa família orientá-los quanto ao ambiente que irão encontrar, o local aonde seu filho vai estar, todo aquele equipamento de suporte e permitir que eles façam perguntas se interessarem por tudo que será feito com seu filho.

Podemos considerar a Ligação Afetiva como um relacionamento único entre duas pessoas, sendo ela específica e duradora ao longo do tempo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

É preciso estabelecer uma boa Ligação Afetiva entre os pais e o recém-nascido para transmitir seu amor mostrando o quanto seu bebê precisa deles, que é preciso ser confiante e que esse momento é passageiro. E que logo poderão está com seu bebê sadio e em casa.

REFERÊNCIAS

CERVO, A. e BERVIAN, P. Metodologia científica. São Paulo: McGrawHill, 2010.

CHARPACK, N; Figueiroa, Z. **O Método Mãe-Canguru**. Ed. McGraw Hill. Brazil, 1999. (CHARPACK, 2013)

DAVIS, K. Ph., (2011), O Poder do Toque. Ed Best Seller.

GUEDENEY, Lebovici, S (2010). Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebês, Artes Médicas, Porto Alegre.

KALUS, M.H; Kennel J.H. **Pais/Bebês: A formação do Apego**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2013.

KALUS, M.H; Kennel J.H. Kalus, P.H. **Vínculo**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. Pionelli. De feto a criança. Um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro. Imago, 2012.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por situações de pais de Recém-Nascidos Internados em Unidades de terapia Intensiva Neonatal**. Dissertação [Mestrado em Saúde da Criança] Rio de Janeiro, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2010.

LAMY, Z.C. **A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Jornal de pediatria, 2004.

MORSCH, D.S. **O desenvolvimento afetivo em situação de Alto Risco Neonatal – Um estudo sobre o processo de Internação**. Rio de Janeiro, 2006.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

XAVIER , César C. Abdallah Vânia O. S. Silva Benigno R. Mucillo Gerson. Jorge Salim M. Barbieri Marco A. Crescimento de recém-nascidos pré-termo. Jornal de Pediatria - Vol. 71, Nº1, 2010.

ZIEGEL, Erna; Cranlay, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. Capítulo 29, pag, 572. 2010

WINNOCOTT, D.W. (2009), O ambiente e o processo de maturação, Ed Artes Médicas.