

O COPINHO OFERECIDO PELOS CUIDADORES AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS

The cup offered by caregivers to premature newborns in hospital

Alana Débora de Castro Pereira⁽¹⁾, Daniele de Oliveira Brito⁽¹⁾,
Lidiane Cristina Barraviera Rodrigues⁽¹⁾, Viviane Castro de Araújo⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: verificar se o conhecimento da técnica de oferta da dieta pelo copo, o recebimento de treinamento e o tempo de trabalho influenciam a postura do técnico de enfermagem, a postura do recém-nascido e o posicionamento do copo. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, do qual participaram 15 profissionais, técnicos de enfermagem responsáveis pela administração da dieta às crianças, no momento do oferecimento do leite pelo copo, na ausência da genitora. Foi definido nível de significância estatística de 0,05. **Resultados:** apenas nove indivíduos foram treinados ($p=0,273$) e 11 referiram não ter conhecimento da técnica ($p=0,011$). O oferecimento da dieta ocorreu em pé ($p=0,001$), com o derramamento do leite na boca da criança ($p=0,010$), sendo posicionada com as regiões occipital e cervical apoiadas ($p\text{-valor} = 0,001$). Não houve associação entre o conhecimento da técnica, recebimento de treinamento, tempo de trabalho às variáveis postura do técnico de enfermagem, postura do recém-nascido e posicionamento do copo. **Conclusão:** a postura de oferta da alimentação é realizada em pé, há derramamento da dieta na cavidade oral do bebê e não há influência das posturas do neonato, do técnico ou do copo por conta do conhecimento da técnica, realização de treinamento e tempo de trabalho.

DESCRIPTORIOS: Recém-Nascido; Aleitamento Materno; Prematuro; Leite Humano; Métodos de Alimentação

■ INTRODUÇÃO

O aleitamento materno devido as suas vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas é a melhor maneira de alimentar o neonato, contribuindo de uma forma global para a saúde da criança^{1,2}. Sua importância torna-se ainda maior para o bebê pré-termo^{1,3}, sendo fundamental para um desenvolvimento motor-oral adequado e o correto estabelecimento das funções estomatognáticas^{4,5}.

Sabe-se que a sucção é um comportamento reflexo, podendo ser intensificada ou modificada com as experiências pelas quais o neonato é exposto⁶. Os recém-nascidos pré-termo podem permanecer muitos dias internados em unidade intensiva, sendo, na maioria das vezes, privados tanto do aleitamento quanto do contato íntimo com

a mãe. Estes bebês, frequentemente não estão aptos a sugar o leite diretamente do peito da mãe devido à imaturidade dos reflexos ou por causa de sua enfermidade que tornam seus reflexos mais fracos¹.

Para que a alimentação do prematuro seja eficiente e segura é necessário que, não somente a habilidade de sucção esteja eficiente, mas que apresente coordenação entre a respiração e a deglutição, além de envolver a interação funcional entre lábios, mandíbula, língua, palato e faringe. Porém, essa coordenação pode não estar totalmente desenvolvida para essas crianças o que repercute no uso de sonda gástrica^{4,7,8}.

Há tempos mães e profissionais de saúde fazem uso de vários instrumentos para alimentar bebês pré-termos ou doentes, tais quais conta-gotas, colheres, xícaras, copos, seringas e mamadeiras⁹. Contudo, as mamadeiras sempre predominaram⁹. Atualmente, em virtude do formato dos bicos das

⁽¹⁾ Faculdade São Lucas, FSL, Porto Velho, Rondônia, Brasil.
Conflito de interesses: inexistente

mamadeiras e seu material plástico rugoso serem de difícil higiene¹⁰⁻¹², o uso do copinho ou xícara é o mais utilizado para a transição da dieta por sonda gástrica para via oral^{13,14}.

Acredita-se que o uso do copo previne o contato precoce do bebê com outros bicos que não o do peito da mãe¹⁵, evitando a confusão dos bicos e facilitando o estabelecimento do aleitamento materno, podendo o bebê ser alimentado na ausência da mãe ou, se for necessário, fazer complemento após a mamada^{1,2,8,10,11,16}. Promove ao recém-nascido pré-termo um método seguro de alimentação artificial^{17,18} até que eles estejam prontos para realizarem a alimentação exclusiva no peito.

Os cuidadores, sejam eles profissionais de saúde ou mães, precisam ser orientados em relação ao uso correto da alimentação por meio da técnica do copo. São importantes orientações sobre o manejo do copo, volume de leite administrado e a posição correta em que o bebê deverá estar para receber a dieta. O sucesso da técnica vai depender das informações dadas a eles¹⁹.

Um estudo avaliou o manejo da mãe no uso do copinho e analisou os aspectos que interferem na administração da técnica. Por meio de uma amostra com 30 binômios mãe/bebê, análise de prontuários, observação das mães ofertando a dieta no copinho e aplicação de um questionário com perguntas sobre o uso do copo, os resultados mostraram que há relação significativa da postura do bebê, posição do copo, volume administrado e orientação dos profissionais de saúde às mães sobre o uso do copinho. Os autores concluíram que o copinho pode ser manejado pelas mães, mas estas necessitam de orientações sobre o uso da técnica pelos profissionais de saúde, principalmente em relação ao cuidado com a posição do copo e volume de leite¹⁹.

Assim, os objetivos deste estudo foram verificar se o conhecimento da técnica de oferta da dieta pelo copo, o recebimento de treinamento e o tempo de trabalho influenciam a postura do técnico de enfermagem, a postura do recém-nascido e o posicionamento do copo.

■ MÉTODOS

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade São Lucas, sob o número 262.865/2013.

Tratou-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, realizado em uma unidade neonatal pública, que oferece intervenção para gestantes de alto risco, assim como para neonatos de baixo peso e prematuros, sendo considerado como referência.

As genitoras e os técnicos de enfermagem foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa. As genitoras concordaram com a participação de seus filhos e os técnicos de enfermagem concordaram com sua própria participação por escrito por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos os técnicos de enfermagem que atuassem junto aos recém-nascidos prematuros, especificamente na oferta da dieta da unidade citada. Os recém-nascidos deveriam necessariamente estar recebendo dieta por via oral.

A unidade neonatal, onde foi realizado o estudo, compreende quatro enfermarias, com o total de 40 leitos, classificadas pela gravidade do estado geral do neonato e assistência necessária. As observações foram realizadas na enfermaria que assiste os recém-nascidos e lactentes de baixo risco, ou seja, estáveis clinicamente, composta por 14 leitos.

Nesta unidade os profissionais que mantem maior contato com os recém-nascidos hospitalizados são os técnicos de enfermagem que, por conseguinte, são os responsáveis pela oferta da dieta às crianças na ausência da genitora. Neste serviço, há um total de 34 técnicos, que são definidos por escala. Na enfermaria onde foi realizada a coleta são destinados dois profissionais para os 14 leitos para um plantão de 12 horas. Contudo, não são todos os técnicos que atendem a todas as enfermarias da unidade.

A amostra foi inicialmente definida para a observação de 32 indivíduos que atuassem na referida unidade, considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. No entanto, no período compreendido para a coleta dos dados apenas 18 profissionais foram escalados para trabalhar nessa enfermaria e apenas 15 aceitaram participar e expressaram por escrito a autorização de sua participação.

Na tabela 1 consta a caracterização dos enfermeiros observados. Pode-se verificar que a média de idade foi de 40,3 anos, compreendidos entre 29 e 56 anos, demonstrando pouca variabilidade da amostra. Observou-se também que o tempo médio de trabalho naquele hospital foi de 10,7 anos, variando entre 0,25 e 30 anos, contudo as análises realizadas indicam uma amostra heterogênea em relação a este aspecto.

Tabela 1 – Dados descritivos dos técnicos de enfermagem que ofereceram a dieta

Dados do Técnico de enfermagem	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Q1	Q3	Min	Max	N	IC
Idade	40,3	37	10,5	26%	31,5	50,5	29	56	15	5,3
Tempo de trabalho na unidade	10,7	7	10,9	102%	3,0	15,0	0,25	30	15	5,5

Legenda: CV = coeficiente de variação; Q1 = primeiro quartil; Q3 = terceiro quartil; Min = valor mínimo; Max = valor máximo; N = quantidade de indivíduos; IC = intervalo de confiança

Os nove recém-nascidos para os quais foi oferecida a dieta encontravam-se com idade gestacional corrigida média de 34 semanas e peso médio de 1.914 gramas. Observou-se homogeneidade no que se refere à idade gestacional corrigida peso

ao nascimento e peso na ocasião da observação. Contudo, os neonatos apresentaram variabilidade em relação aos dias de vida, tempo do uso de sonda gástrica e tempo de via oral (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados descritivos dos recém-nascidos que receberam a dieta oferecida pelos técnicos de enfermagem

Dados dos recém-nascidos que receberam dieta	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Q1	Q3	Min	Max	N	IC
Dias de vida	16,1	14	7,4	46%	11	21	7	30	9	4,9
Idade gestacional (semanas)	34,3	34	1,1	3%	34	35	33	36	9	0,7
Peso ao nascimento (gramas)	1.914	1.900	222	12%	1.800	1.980	1.575	2.400	9	145
Peso no dia da observação (gramas)	1.902	1.875	138	7%	1.805	1.925	1.740	2.200	9	90
Tempo do uso de sonda (dias)	8,2	9	4,0	49%	5	11	2	14	9	2,6
Tempo de via oral (dias)	7,9	7	7,5	95%	2	8	2	23	9	4,9

Legenda: CV = coeficiente de variação; Q1 = primeiro quartil; Q3 = terceiro quartil; Min = valor mínimo; Max = valor máximo; N = quantidade de indivíduos; IC = intervalo de confiança

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos dados nos prontuários dos recém-nascidos, os quais: idade gestacional, peso ao nascimento e na data da coleta desses dados e o tempo de alimentação por via oral. Em seguida, os técnicos de enfermagem foram questionados a respeito do tempo que trabalham na instituição, conhecimento prévio da técnica e do recebimento de treinamento.

O material utilizado foi adaptado do protocolo de observação da dieta¹⁹, composto por três partes: (1) características do recém-nascido (data de

nascimento, idade gestacional corrigida, peso ao nascimento, peso atual, tempo de uso de sonda gástrica e tempo de recebimento da dieta por via oral); (2) questionamentos ao técnico de enfermagem responsável pela oferta do leite (idade, tempo de trabalho, conhecimento prévio da técnica e realização de treinamento para a execução da técnica); e, (3) observação do momento da oferta da dieta (local da alimentação, postura do recém-nascido, postura do técnico de enfermagem, posicionamento do copo).

A observação do técnico de enfermagem ocorreu apenas na ausência da genitora para que não fosse desestimulada a amamentação.

Após coletados os dados, foram realizadas as seguintes análises: relação entre o conhecimento da técnica, realização de treinamento e o tempo de trabalho à postura do técnico de enfermagem, à postura do recém-nascido e ao posicionamento do copo.

Foi definido para este estudo o nível de significância estatística de 0,05 e aplicados os testes estatísticos de Igualdade de Duas Proporções, Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis.

■ RESULTADOS

Depois de realizada a observação dos 15 técnicos de enfermagem, verificou-se que a maioria, 11 indivíduos, referiu não ter conhecimento da técnica, sendo esta diferença significativa ($p=0,011$). Em relação ao recebimento da capacitação ou treinamento para aplicação adequada dessa técnica nove deles receberam e seis não foram treinados ($p=0,273$).

Foram observados três aspectos: (1) postura do técnico (se oferecia a dieta sentado e alinhado ou em pé); (2) o posicionamento do copo (copo posicionado no lábio inferior, leite tocando o lábio inferior, leite derramado na cavidade oral e escape de leite durante a oferta); e, (3) postura do recém-nascido (inclinado a 40° no colo do técnico,

inclinado a 40° no berço e regiões occipital e cervical do recém-nascido apoiadas).

Aplicou-se o teste de Igualdade de Duas Proporções para analisar a distribuição da frequência relativa das ações realizadas pelos sujeitos para cada um dos três aspectos citados acima.

Em relação ao primeiro aspecto, verificou-se que o profissional ofereceu a dieta em pé ($p=0,001$). No posicionamento do copo houve diferença entre o derramamento do leite na cavidade oral da criança ($n=10/66,7\%$) e o copo devidamente posicionado no lábio inferior ($n=03/20\%$) ($p=0,010$); assim como, entre o derramamento do leite na cavidade oral da criança ($n=10/66,7\%$) e o leite tocando o lábio inferior ($n=02/13,3\%$) ($p=0,003$). E, por fim, a postura do recém-nascido indicou que ele é posicionado com as regiões occipital e cervical apoiadas ($n=15/100\%$), havendo diferença para a não ocorrência da inclinação a 40 graus no colo do técnico ($n=03/20\%$) ($p\text{-valor} = 0,001$).

A Tabela 3 apresenta a relação entre o conhecimento da técnica, recebimento de treinamento e a postura do técnico de enfermagem, a postura do recém-nascido e o posicionamento do copo. Pode-se observar a inexistência de relação entre as variáveis estudadas.

A Tabela 4 demonstrou não haver associação para o tempo de trabalho e as posturas do técnico, da criança e a posição do copo.

Tabela 3 – Relação entre o conhecimento da técnica, realização de treinamento e a postura do técnico de enfermagem, postura do recém-nascido e posicionamento do copo

		Conhecimento da técnica				Realização de Treinamento			
		Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Postura do técnico de enfermagem	Sentado e alinhado	1	33%	2	67%	0	0%	3	100%
	Em pé	3	25%	9	75%	6	50%	6	50%
	Total	4	27%	11	73%	6	40%	9	60%
	Valor de p	0,770				0,114			
Postura do recém-nascido	Inclinado a 40° no colo técnico	1	33%	2	67%	0	0%	3	100%
	Inclinado a 40° no berço	3	25%	9	75%	6	50%	6	50%
	Regiões occipital e cervical do recém-nascido apoiadas	4	27%	11	73%	6	40%	9	60%
	Total	8	27%	22	73%	12	40%	18	60%
	Valor de p	0,958				0,287			
Posicionamento do copo	Posicionado no lábio inferior	1	33%	2	67%	0	0%	3	100%
	Leite tocando lábio inferior	0	0%	2	100%	1	50%	1	50%
	Leite derramado na cavidade oral	3	30%	7	70%	5	50%	5	50%
	Escape de leite durante a oferta	2	29%	5	71%	4	57%	3	43%
	Total	6	27%	16	73%	10	45%	12	55%
	Valor de p	0,838				0,394			

Teste Estatístico: Teste Qui-Quadrado

Legenda: % = valor relativo

Valor de p = 0,05

Tabela 4 – Relação entre o tempo de trabalho e a postura do recém-nascido e o posicionamento do copo

Tempo de Trabalho		Média	Mediana	Desvio-Padrão	N	IC	Valor de p
Postura do recém-nascido	Inclinado a 40° graus no colo do técnico	7,5	7,5	0,7	2	1,0	0,996
	Inclinado a 40° no berço	11,9	6,5	12,0	12	6,8	
	Regiões occipital e cervical do recém-nascido apoiadas	11,2	7,5	11,1	14	5,8	
Posicionamento do copo	Copo posicionado no lábio inferior	5,8	7,0	5,0	3	5,7	0,750
	Leite tocando o lábio inferior	16,5	16,5	19,1	2	26,5	
	Leite derramado na cavidade oral	11,9	8,0	11,4	9	7,5	
	Escape de leite durante a oferta	16,8	18,5	14,2	6	11,4	

Teste estatístico: Teste de Kruskal-Wallis

Legenda: IC = intervalo de confiança

Valor de p = 0,05

■ DISCUSSÃO

As propostas do presente estudo foram verificar se o conhecimento da técnica de oferta da dieta pelo copo, o recebimento de treinamento e o tempo de trabalho influenciam a postura do técnico de enfermagem, a postura do recém-nascido e o posicionamento do copo.

Observou-se que a maioria dos técnicos de enfermagem referiu não ter conhecimento sobre a técnica, porém mais da metade havia recebido treinamento. Um estudo anteriormente realizado analisou a orientação fornecida pelos profissionais da saúde às mães acerca de como usar o copinho em seus bebês e os resultados demonstraram que a postura da mãe, da criança e o posicionamento do copo foram influenciadas positivamente por essas orientações¹⁹.

É uma técnica simples, de fácil execução, mas que necessita de capacitação, pois se considera a criança como um todo e não só a cavidade oral. A criança precisa estar organizada, posturada, calma, ou seja, há uma forma específica de oferecer o copo^{9,19-22}.

A literatura diz que amamentar prematuros ainda é um desafio, portanto deve haver apoio e suporte apropriados, principalmente dos profissionais da saúde¹⁹. A referida unidade demonstra estar preocupada com a capacitação dos seus colaboradores, pois mais da metade foi capacitada.

Em relação à postura do técnico, verificou-se que o profissional ofereceu a dieta em pé. Sabe-se que a administração do leite com o copinho deve ser realizada da seguinte maneira: o cuidador deve segurar o bebê em estado de alerta, envolvendo-o

em um lençol para que o leite não seja derramado pela movimentação de seus membros superiores. O recém-nascido deve estar sentado ou semi-sentado no colo do cuidador^{19,20,23,24}.

O posicionamento em pé dos técnicos de enfermagem, na ocasião das observações se justifica pela ocorrência de um surto de infecção nesta unidade. Para o controle da infecção e contaminação foram sugeridos alguns procedimentos padronizados, os quais o oferecimento do leite com os neonatos em seus respectivos berços. Assim, houve a diminuição do contato físico. Contudo, questiona-se se este procedimento deve ser considerado como rotina no serviço.

Não se pode, entretanto, ignorar o fato de que grande parte das instituições de saúde não privilegia a ergonomia das instalações e equipamentos, fazendo com que o trabalho da enfermagem seja mais cansativo. Existem algumas dificuldades enfrentadas tais quais a inadequação da estrutura física e materiais ao tipo de serviço e sobrecarga de trabalho dos profissionais²⁵.

No posicionamento do copo, a observação mais frequente foi o derramamento do leite na cavidade oral da criança. Para o oferecimento deste utensílio deve-se encostá-lo no lábio inferior do bebê, inclinándolo até que o leite toque o seu lábio inferior. Aguardar que o bebê retire o leite, sorvendo-o e, em seguida, o degluta. Não é necessário derramar o leite na boca do neonato²⁰⁻²³. A literatura refere que, para o sucesso da administração da dieta no copinho é importante que sua posição esteja correta, visto que a posição inadequada deste pode promover alteração no ritmo de sorver o leite, pausas longas e escape prematuro de leite^{19,26,27}.

Ainda não se deve esquecer também do risco de que a ingestão real de leite possa ser menor que a desejada, em função das perdas por derramamento^{21,28,29}. Isso, provavelmente, irá gerar uma perda de nutrientes e, por consequência, uma perda de peso do bebê.

O posicionamento da criança esteve adequado, ou seja, os profissionais conseguem perceber como a criança permanece melhor organizada e tem o cuidado de deixá-la alinhada. Um alinhamento corporal adequado fará com que a criança tenha um ritmo respiratório melhor, levando a uma coordenação de funções como sucção, respiração e deglutição. Assim, o alinhamento corporal pode ser a chave para se obter a posição ideal para a alimentação³⁰.

Portanto, o manuseio do copo e o volume administrado são fundamentais para o sucesso da oferta adequada da dieta, principalmente no que se refere à postura do bebê¹⁹.

Não são agentes influenciadores o conhecimento da técnica, o recebimento de treinamento ou o tempo de trabalho. Assim, as posturas e o posicionamento do copo não recebem influências do profissional, como pode ser observado nas Tabelas 3 e 4.

Em muitas ocasiões, devido a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a equipe de enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo-se de humanizar o cuidado³¹. Segundo o Ministério da Saúde, a humanização funciona como um dos princípios a serem seguidos em prol da qualidade da assistência³², pois a técnica por si só não garante que os cuidados sejam bem aplicados.

Considera-se como limitação deste estudo o número de profissionais observado, assim como os horários de observação. Considera-se que pode haver uma variação dos resultados de acordo com o horário de trabalho, como por exemplo finais de semana, turno noturno ou finais de plantão.

■ CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir para os técnicos observados, que a postura de oferta da alimentação é realizada em pé, há derramamento da dieta na cavidade oral do bebê e não há influência das posturas do neonato, do técnico ou do copo por conta do conhecimento da técnica, realização de treinamento e tempo de trabalho.

ABSTRACT

Purpose: to verify that the knowledge of the technical bid of the diet by the cup, having received training and working time influenced the attitude of the nursing technician, the posture of the newborn and the positioning of the cup. **Methods:** this was an observational, descriptive, transversal, attended by 15 professionals. Were observed nursing technicians, responsible for the administration of the diet of children at the time of the offering of milk by the cup, in the mother's absence. **Results:** only nine individuals were trained ($p = 0.273$) and 11 said they had no knowledge of the technique ($p = 0.011$). The offering of the diet was standing ($p = 0.001$), with the pouring of the milk into the mouth of the child ($p = 0.010$), being positioned with the occipital and cervical supported ($p = 0.001$). No association between knowledge of technique, receiving training, working time variables posture nursing technician, posture and positioning newborn cup. **Conclusion:** the posture of the power supply is held upright, no spill of diet in the oral cavity of the baby and no influence of the postures of the neonate, coach or cup on account of technical knowledge, conducting training and working time.

KEYWORDS: Infant, Newborn; Breast Feeding; Infant, Premature; Milk, Human; Feeding Methods

■ REFERÊNCIAS

1. Lima GMS. Métodos especiais de alimentação: copinho-relactação-translactação. In: Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu, 2002. P. 265-78.
2. López CP, Chiari BM, Guedes ZCF, Goulart AL, Kopelman BI. A utilização do copo na complementação do aleitamento materno: considerações fonoaudiológicas. In: Hernandez AM, organizadora. Conhecimentos gerais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. P. 107-11.
3. Coutinho SB, Figueiredo CSM. Métodos especiais de alimentação: copinho-relactação-translactação. In: Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu, 2002. P. 205-16.
4. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(1):73-9.
5. Ideriha PN, Limongi SCO. Avaliação eletromiográfica da sucção em bebês com síndrome de Down. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(3):174-83.
6. Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(1):23-8.
7. Araújo KCS, Poyart MCMS, Barros MRM, Lopes JMA, Chiappetta ALML. Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev CEFAC. 2004;6(4):382-7.
8. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J Pediatr. 2003;79:7-12.
9. Gutierrez L, Delgado SE, Costa AP. Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2006;16(1):22-31.
10. Gamburgio LJJ, Munhoz SRM, Amstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Fono Atual. 2002;5(20):39-47.
11. Mascarenhas CF, Moraes LMP, Furtado Filho JM. O conhecimento das mães acerca do uso de chupetas e mamadeiras e suas possíveis conseqüências para a saúde das crianças. Pediatría atual. 2002;15(7):34-42.
12. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. Arch Dis Child. 1994;71(4):356-9.
13. Rego J. Aleitamento Materno: Um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu, 2002.
14. Kuehl J. Cup feeding the newborn: what you should know. J Perinat Neonatal Nurs. 1997;11:56-60.
15. Mataloun MMGB, Leone CR, Ono N, Vaz FAC. Repercussões neonatais do uso do leite materno com aditivos e formulas para pré-termos em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer. Pediatría. 2004; 26:247-56.
16. Gupta A, Khanna K, Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. J Trop Pediatr. 1999;45(2):108-10.
17. Corrêa CRH, Franco FCP. Técnica do copinho: uma alternativa para evitar o desmame precoce [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2001.
18. Aquino RR, Osorio MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: Métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8(1):11-6.
19. Lima VP, Melo AM. Uso do copinho no alojamento canguru. Rev CEFAC. 2008;10(1):126-33.
20. Couto DE, Nembr K. Análise prática da técnica do copinho em hospitais amigos da criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Rev CEFAC. 2005;7(4):448-59.
21. Silva ACMG, Alencar KPC, Rodrigues LCB, Perillo VCA. Alimentação do prematuro por meio do copo. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(3):387-93.
22. Lima GMS. Aleitamento materno em situações especiais. In: Rego JD. Aleitamento: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002. P. 53-78.
23. Samuel P. Cup feeding: how and when to use it with term babies. Pract Midwife. 1998;1(12):33-5.
24. World Health Organization – WHO, UNICEF. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento: manual do participante. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde; 1990.
25. Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Rev. Espaço para a Saúde. 2002;1(2):75-88.
26. Thorley V. Cup feeding: problems created by incorrect use. J Hum Lact. 1997;13(1):54-5.
27. Rocha NM, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. J Hum Lact. 2002;18(2):132-8.
28. Dowling DA, Meier PP, Difiore JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. J Hum Lact. 2002;18:13-20.
29. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. 2004;80(5):163-72.
30. Val DC, Limongi SCO, Flabiano FC, Silva KCL. Sistema estomatognático e postura corporal na

criança com alterações sensório-motoras. Pró-Fono R Atual Cient. 2005;17(3):345-54.

31. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;56(2):189-92.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517419314>

Recebido em: 11/11/2014

Aceito em: 09/01/2015

Endereço para correspondência:

Viviane Castro de Araújo

Rua Guiana, 3021, apto 303, bairro Embratel

Porto Velho – RO – Brasil

CEP: 76820-749

E-mail: araujocviviane@gmail.com