

MÉTODO MÃE CANGURU E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM NASCIDO DE BAIXO PESO

Poliana Márcia Araújo¹
Gabrielli Pinho de Rezende²

RESUMO

O Método Mãe Canguru (MMC) representa uma forma alternativa de prestar cuidados a recém-nascidos (RN) prematuros e/ou com baixo peso ao nascer. Diante disso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa com o objetivo de evidenciar os benefícios do MMC para o RN baixo peso e a inserção da equipe de enfermagem nesse processo. A busca de publicações ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, com filtros de pesquisa: bases de dados nacionais da LILACS e BDNF, publicações em texto completo disponíveis, idioma português, ano de publicação de 2011 a 2016. A busca permitiu encontrar um total de 206 publicações. Após aplicação dos filtros de pesquisa chegou-se a amostra total de 19 artigos científicos. A análise foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin e permitiu a construção de três categorias: (I) relevância do método mãe canguru para o recém-nascido de baixo peso; (II) papel do enfermeiro na efetivação do método mãe canguru; (III) implicações ainda existentes em relação ao método mãe canguru: conhecer para reconstruir. Conclui-se que na literatura científica há mais elementos positivos que negativos em relação ao MMC. Foi possível evidenciar que esse método é uma forma de prestar cuidados ao RN de baixo peso e/ou prematuro eficaz e segura, que reduz riscos de infecção, minimiza o tempo de internação e favorece a formação do vínculo e que o enfermeiro possui papel fundamental no sucesso da implementação do mesmo.

DESCRIPTORES: Método Canguru. Prematuro. Peso ao Nascer. Cuidado da Criança. Enfermagem.

KANGAROO-MOTHER CARE METHOD AND NURSING CARE FOR LOW WEIGHT NEWBORN

ABSTRACT

The Kangaroo Mother Method (MMC) represents an alternative way of providing care for premature and / or low birth weight newborns (NBs). An integrative review of the literature was carried out, with a descriptive nature and a qualitative approach, aiming at evidencing the benefits of MMC for low birth weight and the insertion of the nursing team in this process. The search for publications took place in the Virtual Health Library (VHL) and Scielo, with research filters: national databases of LILACS and BDNF, full-text publications available, Portuguese language, year of publication from 2011 to 2016. The search allowed Find a total of 206 publications. After applying the search filters, a total sample of 19 scientific articles was obtained. The analysis was performed through the content analysis proposed by Bardin and allowed the construction of three categories: (I) relevance of the kangaroo mother method for the low birth weight newborn; (II) role of the nurse in the implementation of the kangaroo mother method; (III) implications still existent in relation to the kangaroo mother method: to know to reconstruct. It is concluded that in the scientific literature there are more positive elements than negative ones in relation to the MMC. It was possible to show that this method is a way of providing care to the low-weight and / or premature newborn, effective and safe, which reduces risks of infection, minimizes hospitalization time and favors bonding, and nurses play a successful implementation of it.

DESCRIPTORS: Kangaroo-Mother Care Method. Premature. Birth Weight. Child Care. Nursing.

¹ Discente do curso de graduação em Enfermagem da FCV. E-mail: polyanamaraujo.pa@gmail.com

² Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Docente do curso de Enfermagem da FCV. E-mail: gabrielli_rezende@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Dentre os maiores desafios dos brasileiros destacam-se a promoção e a manutenção do cuidado às crianças, fruto das dificuldades socioeconômicas, questões culturais, acessibilidade aos serviços de saúde. Nesse sentido, um conjunto de medidas e políticas públicas voltadas para a gestante, a criança e a família foram desenvolvidas no país desde o advento da Constituição Federal de 1988, proporcionando alguns resultados exitosos, tais como política de atenção integral a saúde da mulher, a política de humanização do parto e puerpério (SANCHES *et al.*, 2015).

Mesmo com a implantação das referidas políticas e alcance de alguns resultados positivos, observa-se que a mortalidade infantil, especialmente neonatal, ainda se constitui como grave problema de saúde pública. Estimativas apontam que a taxa de mortalidade na infância é de 16 crianças para cada 1000 nascidos vivos, das quais 69% acontecem em neonatos (zero a 28 dias de vida). Estudos que buscaram compreender a raiz do problema levantaram hipóteses e apontaram o baixo peso ao nascer (BPN) e a prematuridade como principais causas desses óbitos. Evidência que sustenta essa hipótese está no fato de que no Brasil nascem, ao ano, cerca de 20 milhões de crianças prematuras e com BPN, sendo que um terço desse valor evolui para óbito no período neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

A ênfase dada ao BPN se deve ao fato do peso ser importante indicador das condições intrauterinas que a criança foi submetida durante o período gestacional e constituir fator individual de maior influência na saúde e na sobrevivência da criança recém-nascida. Enquanto a prematuridade é o principal elemento gerador do BPN (MENEZES *et al.*, 2014).

Diante dessas informações, com a finalidade de reduzir os índices de mortalidade infantil e melhorar a humanização da assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que desde o ano 2000 vem modificando o paradigma do cuidado perinatal e contribuindo para a redução da morbimortalidade neonatal. Esse método foi proposto na década de 1970 por Rey e Martinez, na Universidade de Bogotá, como alternativa para reduzir a situação crítica de superlotação hospitalar por RN pré-termos e de baixo-peso existente. Buscava-se reduzir os custos da assistência, preconizar a alta hospitalar precoce e o acompanhamento ambulatorial. No Brasil, além desses objetivos do projeto inicial, pretendia-

se ampliar a humanização da assistência, por meio da introdução da família nesse cuidado (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012; SANCHES *et al.*, 2015).

Nessa proposta brasileira, o Método Mãe Canguru (MMC) é composto por três fases. A primeira inicia-se na assistência da gestante de alto risco, seguida da internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com enfoque ao acolhimento dos pais, livre acesso desses à unidade, participação nos cuidados, estímulo precoce à amamentação e progressivo contato pele a pele do RN com a mãe, pai e familiares (BRASIL, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2014).

A segunda etapa funciona como um estágio para a alta hospitalar e é a que mais exige da mãe/família. O MMC evolui nessa fase desde o toque até a posição canguru, que deve acontecer de forma precoce, por livre escolha da mãe e da família, pelo tempo que ambos, RN e família, entenderem suficiente. Isso significa que a permanência contínua da mãe/família com o RN pré-termo e/ou baixo peso deve ser realizada durante o tempo que ambos acreditarem ser prazeroso. Exige-se, no entanto, que o RN apresente estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250 gramas; além do conhecimento da mãe, pai ou familiar para perceber quaisquer alterações que possam ocorrer. São consideradas efetivas aquelas metodologias que preconizam o contato precoce com orientação constante, realizado de forma segura, respeitando o estado clínico do RN e acompanhado do suporte assistencial de uma equipe treinada e devidamente qualificada (BRASIL, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2014).

A terceira etapa é aquela em que o método que estava sendo realizado no ambiente hospitalar deverá ser conduzido no domicílio. Para a efetivação e sucesso do método, a mãe/família deve estar bem orientada, ter disciplina, comprometimento, segurança e motivação. A família e o RN deverão retornar para consultas hospitalares cerca de duas vezes por semana até que o peso ideal, de 2500g, seja atingido para alta definitiva (AIRES *et al.*, 2015; BRASIL, 2011).

É possível perceber que o MMC rompe com abordagens tradicionais, como o uso da incubadora, quando possível, e busca por meio do estabelecimento do vínculo entre mãe, família e RN de baixo peso e/ou prematuro, reduzir o tempo de internação, favorecer a amamentação, facilitar o ganho de peso, proporcionar estímulo sensorial constante, transmitir à mãe segurança para estar com aquele filho e estreitar suas relações desde o período pós-parto. Estas experiências são menos comuns por meio da utilização dos métodos tradicionais (SOUTO *et al.*, 2014).

A proposta da humanização do cuidado ao RN de baixo peso e/ou prematuro é fundamental para a mãe e familiares, pois a necessidade do bebê receber cuidados em uma UTIN representa uma quebra de expectativas relacionada à maternidade e ao medo da morte da criança. Em todos esses momentos de dificuldades, acredita-se que a equipe de enfermagem tenha um papel determinante ao favorecer o acolhimento das famílias, informá-lhes sobre o estado de saúde dos bebês e facilitar a adaptação das mães e familiares durante a internação. Os profissionais da enfermagem precisam reconhecer os fatores estressores e os facilitadores por trás da assistência ao RN em UTIN para estimular e aplicar o MMC (BORK; SANTOS, 2012; SANTOS *et al.*, 2013).

Frente ao exposto, observa-se a relevância do MMC para a recuperação do RN enquanto política pública em processo de efetivação. Entretanto, o alto índice de mortalidade infantil associado a vários desafios para efetivação do método, muitas vezes colocam em dúvida sua eficácia. A partir disso, questiona-se o que existe na literatura a respeito do MMC na assistência ao RN de baixo peso e/ou prematuro e, como a equipe de enfermagem insere-se nesse processo.

O MMC representa uma política pública com claros objetivos de redução de morbimortalidade neonatal e promoção da humanização no atendimento do RN que necessita de cuidados intensivos. Sabendo-se do papel da enfermagem frente ao acolhimento e assistência humanizada, objetiva-se a reunião de evidências sobre o método para favorecer discussões sobre a implantação desse nas UTIN. Também é essencial a discussão da inserção da equipe de enfermagem na promoção desse método, uma vez que a literatura sugere que o sucesso da implantação do MMC depende também da habilidade dos profissionais e da abertura das instituições à permanência das mães (OLIVEIRA *et al.*, 2015; SANCHES *et al.*, 2015). Busca-se, portanto, por meio desse estudo, evidenciar os benefícios do MMC para o RN baixo peso e a inserção da equipe de enfermagem nesse processo.

2 METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa do problema. Foi realizado em bases de dados eletrônicas nacionais, contemplando estudos dos últimos cinco anos (2011 a 2016). A análise das publicações foi realizada pelo emprego da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A revisão integrativa da literatura é considerada um método de pesquisa relevante, por dar suporte à tomada de decisões e proporcionar melhoria da prática clínica, viabilizando a síntese do estado do conhecimento sobre determinado assunto. Além disso, permite apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Contribui também para a geração de evidências e é uma abordagem voltada para o cuidado clínico e para a promoção da qualidade assistencial (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A busca de artigos aconteceu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, por meio dos descritores: “método canguru”; “premature”; “peso ao nascer”; “cuidado da criança”; “enfermagem”. Foram empregados filtros de pesquisa durante a busca: (I) publicações em texto completo disponíveis; (II) Bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados da Enfermagem (BDENF); (III) Idioma: português; (IV) Ano de Publicação: 2011 a 2016; (V) Apresentação detalhada.

Os descritores foram utilizados de maneira integrada com o operador booleano *AND* e foram encontradas 139 publicações na BVS e 67 na Scielo, totalizando 206 publicações. A aplicação dos filtros de pesquisa e exclusão das repetições existentes nas bases de dados permitiu reduzir a amostra para 32 publicações.

A pré-seleção das publicações foi realizada por meio de uma leitura flutuante das mesmas, com foco principalmente nos títulos e resumos para verificação da adequação ao tema proposto. As obras pré-selecionadas foram lidas de forma cuidadosa e analisadas quanto ao objetivo, ao método empregado e aos resultados encontrados. Das 32 publicações pré-selecionadas, 19 foram consideradas relevantes e incluídas na presente revisão (TABELA 1).

Tabela 1: Percurso da seleção dos artigos.

Base de Dados	Mecanismo de Busca	Número antes de aplicar filtros	Número pós-aplicação filtro	Publicações repetidas
BVS	Método Canguru AND Prematuro AND Peso ao Nascer AND Cuidado da Criança AND Enfermagem AND Enfermagem	11	4	1
	Método Canguru AND Prematuro AND Cuidado da Criança AND Enfermagem	46	14	6
	Método Canguru AND Cuidado da Criança	82	19	12
SCIELO	Método Canguru AND Prematuro AND Peso ao Nascer AND Cuidado da Criança AND Enfermagem	0	0	0
	Método Canguru AND Prematuro AND Cuidado da Criança AND Enfermagem	0	0	0
	Método Canguru AND Cuidado da Criança	2	0	0
	Método Canguru AND Enfermagem	65	22	8
TOTAL		206	59	27

Publicações pré-selecionadas	32
Resultados que não responderam à pergunta norteadora.	5
Artigos cujo objetivo relaciona-se ao tema, mas não responde à questão norteadora desta revisão.	8
AMOSTRA FINAL	19

Fonte: Dados do estudo, 2016.

Os 19 artigos inseridos na amostra desta pesquisa representam 9,22% do total de artigos encontrados nas bases de dados de circulação nacional. Essas publicações seguem listadas no quadro 1, abaixo, quanto ao título, autores, ano de publicação, base de dados e periódico de publicação.

o	Título	Autores/Ano	Base de Dados/ Periódico
1	Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru.	Entringer <i>et al.</i> , 2013a.	BVS (Cad. Saúde Pública).
2	Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy.	Bork; Santos, 2012.	BVS (Esc. Anna Nery).
3	Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso.	Maia <i>et al.</i> , 2011.	BVS (Enferm. em Foco).
4	A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL Brasil.	Araújo <i>et al.</i> , 2016.	BVS (Rev. Ibero-am. Edu. Investigação Enf.).
5	Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa.	Oliveira <i>et al.</i> , 2015.	BVS (J. res.: fundam. care. online).
6	Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru.	Santos <i>et al.</i> , 2013.	BVS (R. pesq.: cuid. fundam. online).
7	Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru.	Castral <i>et al.</i> , 2012.	BVS (Rev. Latino-Am. Enf.).
8	Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal.	Santos; Dittz; Costa, 2012	BVS (RECOM).
9	Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru.	Costa <i>et al.</i> , 2014.	BVS (Rev. Enfer. Atenção Saúde).
10	Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal.	Entringer <i>et al.</i> , 2013b.	BVS (Rev. Saúde Pública).
11	Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos.	Gontijo, Xavier, Freitas, 2012.	BVS (Cad. Saúde Pública).
12	A centralidade do feminino no método canguru.	Bernardo; Zuco, 2015.	SCIELO (Sexualidade, Salud, Soci Rev. Latin-am.).
13	A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem.	Silva <i>et al.</i> , 2015.	SCIELO (Rev. Latin-am. Enfer.).
14	Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses	Menezes <i>et al.</i> , 2014.	SCIELO (Rev. Paul. Pediatr.).
15	Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição prona.	Olmedo <i>et al.</i> , 2012.	SCIELO (Fisioter. Pesq.).
16	Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura.	Maia; Azevedo; Gontijo, 2011.	SCIELO (Rev. Bras. Ter Intensiva).
17	Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método.	Silva; Thomé; Abreu, 2011.	SCIELO (Rev. CEFAC).
18	O cotidiano institucional do método mãe canguru na	Veras; Yépez,	SCIELO

	perspectiva dos profissionais de saúde.	2011.	(Psicologia & Sociedade).
19	(Re)conhecendo a participação masculina no método canguru: uma Interface com a prática assistencial de enfermagem.	Santos, Machado, Christofel, 2013.	SCIELO (Cienc. Cuid. Saúde).

Quadro 1: Apresentação dos artigos da amostra.

Fonte: Dados do estudo, 2016.

Essa amostra foi analisada exaustivamente pela pesquisadora na busca de unidades de sentido e contexto sobre o fenômeno estudado, de modo que fosse possível agrupar as evidências encontradas em categorias que respondessem ao objetivo do estudo. Buscou-se promover um diálogo entre os autores, viabilizando a apresentação da síntese do conhecimento (BARDIN, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise da literatura brasileira a respeito do método canguru na assistência ao RN de baixo peso e/ou prematuro e inserção da equipe de enfermagem nesse processo, três categorias foram construídas: (I) relevância do método mãe canguru para o recém-nascido de baixo peso; (II) papel do enfermeiro na efetivação do método mãe canguru; (III) implicações ainda existentes em relação ao método mãe canguru: conhecer para reconstruir. As mesmas serão apresentadas a seguir.

3.1 RELEVÂNCIA DO MÉTODO MÃE CANGURU PARA O RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO

A presente categoria tem como objetivo ressaltar os benefícios do MMC para o RN de baixo peso e/ou prematuro. Alguns deles, já destacados na literatura e que serão discutidos nesse estudo são: a melhoria dos parâmetros fisiológicos (estabilidade térmica e respiratória, redução do risco de infecções); a redução do choro e da dor nos bebês; o favorecimento das práticas de aleitamento materno e otimização do ganho de peso; menores períodos de hospitalizações; redução da morbidade grave e menores necessidades de reinternação (MAIA *et al.*, 2011).

No que se refere aos benefícios fisiológicos promovidos pelo MMC, destaca-se o estudo de Olmedo *et al.* (2012), que avaliou parâmetros de frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio (SatO₂) dos RN prematuros submetidos ao método canguru ou posição prona, com mensurações diárias durante três dias. Os resultados indicaram que o MMC foi eficaz na promoção da estabilização de todos os parâmetros fisiológicos avaliados, explicado pelo fortalecimento do vínculo devido ao contato pele a pele da mãe com o bebê. Além disso, o estudo sugere que o MMC melhora parâmetros de sono do RN prematuro além de reduzir a agitação do bebê já nas primeiras horas de aplicação do método.

As tendências da redução da frequência respiratória e frequência cardíaca nos bebês prematuros submetidos ao MMC estão relacionadas à redução do estresse físico do mesmo. Os RN prematuros são extremamente sensíveis à dor devido à imaturidade do sistema nervoso, e são comumente submetidos a vivenciar a dor, uma vez que muitos procedimentos rotineiros permanecem sendo realizados sem uso de analgésicos farmacológicos ou não farmacológicos. Nesses casos, o MMC se torna um diferencial em relação às abordagens convencionais, pela possibilidade de contato com a mãe e desenvolvimento de maior segurança (MAIA; AZEVEDO; GONTIJO, 2011; OLMEDO *et al.*, 2012).

Maia, Azevedo e Gontijo (2011) identificaram que a posição canguru e o aleitamento materno podem ser considerados métodos não farmacológicos eficazes para o alívio da dor, pela redução da agitação e do choro desses pacientes. Uma explicação aceita para o fenômeno é que a redução da dor na posição canguru seria resultante da organização comportamental promovida pelo contato pele a pele, pela posição na qual o bebê é colocado no tórax da mãe, que estimula o sono profundo e a termorregulação. A manifestação da dor em sono profundo parece ser minimizada nos RN prematuros.

A melhoria da saturação de oxigênio do RN prematuro de baixo peso submetido ao método está relacionada ao aumento da oxigenação tecidual e relaxamento do bebê, o que reduz o consumo de oxigênio. A temperatura do bebê prematuro também é estabilizada pelo MMC, uma vez que o contato pele a pele evita a perda de calor corporal e favorece a homeostasia (OLMEDO *et al.*, 2012).

Quanto ao favorecimento do ganho de peso, acredita-se ser uma consequência direta do aleitamento materno. Não obstante, o impacto materno em ter um bebê internado na UTI Neonatal leva a uma quebra de várias expectativas relacionadas à gravidez, assim, a promoção constante do aleitamento materno favorece a formação do vínculo da mãe com o RN prematuro ou de baixo peso. Em alguns casos a criança não poderá sorver o leite materno

direto da mama, mas mesmo com uso de outras vias, como sondas, o contato direto com a mãe durante o procedimento favorece a formação do vínculo e ajuda na recuperação do RN (OLMEDO *et al.*, 2012).

Diante disso, a amamentação precoce auxilia ao minimizar as repercussões da separação precoce advinda do parto prematuro. Em pesquisas realizadas por Santos, Dittz e Costa (2012), a amamentação foi vista como a melhor coisa que as mães poderiam oferecer para suas crianças, visto que é uma forma de manter a ligação que havia sido estabelecida com o bebê durante o período gestacional.

Santos, Dittz e Costa (2012) salientam ainda que o sucesso da amamentação do RN pré-termo está relacionado ao oferecimento de apoio às mães, como: orientação sobre a ordenha, incluindo um ambiente adequado para a realização da mesma; facilidade de acesso das mães às unidades neonatais; criação de normas e rotinas hospitalares que visem à promoção do aleitamento materno e; realização de práticas que favoreçam a amamentação, sendo o MMC uma dessas práticas. Destaca-se que crianças que vivenciaram o MMC são amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida, proporção superior àquelas que receberam mamadeiras e outros métodos de prestação de cuidados.

Por tudo isso, é importante que a equipe de saúde realize ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno, principalmente porque a condição clínica do RN prematuro, em muitos casos, o impossibilita ou dificulta a realização da sucção do seio materno. As orientações assumem caráter determinante e estratégico no MMC e a realidade vivida deve ser considerada. É necessário explicar o processo de ordenha, abordar a possibilidade da sucção não nutritiva, além de realizar o monitoramento do binômio mãe/filho durante todo o processo de aplicação do MMC (MAIA *et al.*, 2011).

Outro benefício promovido pelo MMC, segundo Menezes *et al.* (2014), é a redução da morbidade, mortalidade e do período de internação hospitalar. RN prematuros e/ou com baixo peso submetidos ao MMC ficam hospitalizados por tempo inferior aos tratados pelo modo convencional. Isso acontece porque o percentual das crianças que se mantêm em aleitamento materno exclusivo pelo MMC é maior se comparado aos RN prematuros tratados convencionalmente. Percebe-se, portanto, a redução de infecções e as evoluções positivas do peso da criança.

Diante dos resultados apresentados, observam-se inúmeros benefícios que o MMC traz ao RN prematuro e/ou de baixo peso. Estimular e implementar esse método são, sem dúvida, uma forma de favorecer a recuperação global dos bebês.

3.2 PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA EFETIVAÇÃO DO MÉTODO MÃE CANGURU

Conhecidas diversas vantagens da realização do MMC, deve-se, então, estimular todos os profissionais da saúde para que a implementação deste método possa ser eficaz. Dentre esses profissionais encontra-se a equipe da enfermagem.

O cuidado é a essência do trabalho do enfermeiro em todos os níveis da atenção em saúde e para ser considerado de qualidade deve ser pautado na transparência, na comunicação efetiva, na capacidade técnica e na habilidade demonstrada pelo profissional. Na assistência ao parto e puerpério, a humanização das práticas de cuidar, vinculada à busca pela introdução das novas tecnologias e estratégias inovadoras do cuidado, vem sendo objetivos primordiais nas unidades hospitalares. É exatamente neste contexto que emerge o MMC na assistência de RN de baixo peso ou prematuro (SOUTO *et al.*, 2014).

A participação de enfermeiros no método canguru vem sendo alvo de investigação na literatura nacional. Pesquisas como a de Silva *et al.* (2015) destacam que o ponto chave da participação do enfermeiro no método perpassa pela adesão do profissional ao mesmo. Essa adesão é expressa na atitude do trabalhador em reconhecê-lo como uma alternativa de tratamento viável, com possibilidade de experimentá-lo na prática do cuidado. É necessário considerar que a concretização do MMC não depende apenas do enfermeiro, mas sim da união dos esforços dos vários profissionais que acreditam na filosofia do método canguru (amor, calor e leite materno) e, por isso, se dedicam a superar os desafios, envolvendo-se de forma responsável em todas as etapas.

Quando o profissional adere ao MMC, passa a adotar uma postura comunicativa no sentido de divulgá-lo, ao mesmo tempo em que analisa o perfil dos pais e os parâmetros clínicos do bebê. Essa forma de agir, na visão de Silva *et al.* (2015), transcende os aspectos biológicos da assistência e demonstra a preocupação com as vulnerabilidades da família e do bebê prematuro. A partir disso, busca-se a prestação de cuidados que possam repercutir positivamente na saúde e na qualidade de vida após a alta hospitalar, especialmente em termos do crescimento e desenvolvimento infantil.

Em relação às vulnerabilidades do RN prematuro, considera-se que o desenvolvimento que deveria ocorrer na vida intrauterina ficou incompleto. Dessa forma, terão a necessidade de adaptar-se ao ambiente externo. A equipe de saúde irá auxiliá-lo nesse

processo e, especificamente o enfermeiro, para a efetivação do MMC, deverá cumprir as rotinas de cuidados voltadas para o plano biológico, tais como: aferir diariamente sinais vitais e o peso, realizar banhos e medicação, posicionar adequadamente a criança para o método, proporcionar menor gasto de energia ao RN, orientar quanto à amamentação e massagem da mama, além de coordenar o trabalho do técnico de enfermagem. A humanização é fundamental em todas as etapas da assistência (SILVA; THOMÉ; ABREU, 2011).

Outro ponto importante da assistência do enfermeiro que deve ser trazida para o método canguru é a proximidade na relação com o paciente. O vínculo deve ser estimulado entre a mãe ou familiares e a criança e também entre os profissionais e pacientes. As estimulações ao contato precoce, ao afeto e à formação do vínculo são considerados elementos fundamentais para recuperação dos RN prematuros, bem como contribuem para a satisfação e a confiança da mãe no cuidado do bebê (VERAS; YÉPES, 2011).

A relação do enfermeiro com o paciente terá influência na evolução do tratamento e na satisfação dos usuários. O enfermeiro deve ter habilidade para saber lidar com as emoções da mulher ao ter um bebê prematuro e/ou de baixo peso. Algumas características importantes são sensibilidade, capacidade de escuta, empatia em apoderar-se das percepções do paciente sobre sua situação, ajudando-o a reduzir medos e ansiedades, oferecendo o suporte emocional necessário (VERAS; YÉPES, 2011).

Frente ao exposto, a participação do enfermeiro no método canguru relaciona-se a um conjunto de práticas assistenciais objetivas e subjetivas que tornam esse trabalho bastante específico (SILVA; THOMÉ; ABREU, 2011). Silva *et al.* (2015) identificaram em sua pesquisa que nem sempre o enfermeiro está motivado a participar do MMC devido às aptidões individuais que cada um valoriza dentro de uma UTI Neonatal. Os autores observaram que em muitas maternidades e unidades intensivas neonatais, parte dos enfermeiros não possuem atração ou afinidade pelo tipo de trabalho desenvolvido, elemento fundamental no processo decisório de aplicação do MMC.

O MMC, em essência, preconiza uma mudança de atitudes em relação ao cuidado e manuseio do bebê e à participação da sua família, de acordo com Bork e Santos (2012). Isso significa fazer com que o enfermeiro reveja alguns pontos do seu saber/fazer profissional, com abordagem comunicativa e criativa que viabilize a abertura dos espaços para o cuidado. Na visão de Silva *et al.* (2015), a participação do enfermeiro no desenvolvimento do MMC exige que esse profissional reveja os valores da sua atuação na terapia intensiva, estando aberto a novas formas de cuidar, rompendo barreiras pessoais do “não gostar” e “não acreditar” no método.

Na mesma linha, elucidam Veras e Yépez (2011) que o grau de compromisso dos enfermeiros com o MMC perpassa pelo processo de significação, que conforma o trabalho em saúde. Esse processo de significação está permeado pelas histórias de vida de cada um, pelo sentimento de responsabilização pelo outro e pelo próprio momento circunstancial do encontro. Dessa forma, todos os profissionais, independente de treinamentos, possuem a capacidade de construir sua própria maneira de agir, como também de refletir acerca do trabalho. Entre os enfermeiros, na participação do MMC, coexistem diferentes formas de compromisso e também diferentes formas de assumirem esse compromisso com o trabalho que desenvolvem.

De maneira geral, observa-se a importância da atuação do enfermeiro para efetivação do MMC, apesar de existirem desafios (adesão do enfermeiro, abertura da gestão da instituição hospitalar, nível de conhecimento sobre o método, humanização do cuidado) para que, na prática, esse profissional esteja realmente integrado para a aplicação dessa assistência.

3.3 IMPLICAÇÕES EXISTENTES EM RELAÇÃO AO MÉTODO MÃE CANGURU: CONHECER PARA RECONSTRUIR

A construção dessa categoria deu-se a partir da identificação de diversos elementos, objetivos e subjetivos, inerentes ao Método Canguru, que merecem ser abordados para maior conhecimento e maior possibilidade de sucesso do método. Esses elementos perpassam pelo sentimento das mães em estar vivenciando o método, por sentimentos relacionados ao envolvimento da família, pela quebra de expectativas ao ter um RN prematuro e/ou com baixo peso e por dificuldades e facilidades observadas no dia a dia para implementação do MMC.

Em relação aos sentimentos vivenciados durante a realização do MMC, Araújo *et al.* (2016) identificaram nas mães sentimentos de alegria, de satisfação, de felicidade e de percepção de bom atendimento. Foram descritos ainda uma sensação de alívio e bem-estar, relacionados à aplicação do método, com a geração de um “calorzinho gostoso”, que fazem do MMC um processo tranquilo e agradável, que favorece o estreitamento do afeto entre a mãe e o filho. O conhecimento desses sentimentos motiva os profissionais a trabalharem na implementação do MMC e também serve como estímulo para outras mães.

Ao se tratar do envolvimento dos familiares e vivência do nascimento do RN prematuro, diferentes questões são apresentadas na literatura. Santos *et al.* (2013) elucidam

que a experiência de ter um filho prematuro impacta na vida diária da puérpera e na dinâmica familiar, principalmente pelos sentimentos de medo e quebra de expectativas relacionadas à gravidez perfeita. No entanto, ao vivenciarem o MMC, sentimentos de alegria são proporcionados pelo fato de estar perto do filho, sentir a emoção em colocá-lo na posição canguru, sentir o filho pele a pele e olhar para o bebê sem aquela tristeza e medo do filho morrer. Também foram identificados sentimentos de carinho e ternura por trás do contato pele a pele, com o estreitamento do vínculo e do apego.

O acolhimento da família para o MMC representa um momento em que as mulheres passam a se sentirem mais confiantes e seguras com relação ao prognóstico do filho. Isso acontece porque a família tem a oportunidade de se aproximar das rotinas diárias das unidades neonatais e solucionar dúvidas e anseios relacionados às condições do RN. Sentimentos de satisfação, alegria, confiança, emoção, felicidade e a percepção do método como “algo indescritível” estão presentes no cotidiano. O MMC representa uma abordagem humanizada que transcende a cultura biomédica e favorece a abordagem da dimensão psicossocial do cuidado em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2013).

Gontijo, Xavier e Freitas (2012) identificaram que o MMC está estreitamente relacionado às características sociais, econômicas e culturais do país. Nesse sentido, conforme já exposto, o método possui uma proposta diferenciada no Brasil, por buscar atender a uma dimensão mais subjetiva do RN prematuro e da puérpera, favorecendo a promoção de sentimentos e o estreitamento das relações.

Apesar disso, ainda se observa pouca participação dos membros da família no MMC. A atenção fica mais voltada para o binômio mãe/filho. Algumas publicações estudadas associam o método canguru ao desenvolvimento da criança, aleitamento materno e vínculos afetivos, centrando a família como espaço de cuidado. No entanto, as questões de gênero prevalecem nas relações humanas, com distinções ao que se refere ao papel do homem e ao papel da mulher (BRASIL, 2011; BERNARDO; ZUCO, 2015).

Bernardo e Zuco (2015) esclarecem que a mulher é vista como sinônimo de cuidado no que se refere ao MMC. Essa noção de cuidado é centrada em elementos como troca de fraldas, amamentação, banho, além do cuidado não objetivo, que perpassa pelo vínculo afetivo e emocional. Esses autores discutem que a mulher é o centro do método canguru, a figura da mulher cuidadora, mas os estudos não centram a mulher na construção social do método. Além disso, quando enfatizam a questão de gênero, percebe-se que o homem é colocado em segundo plano. Espera-se que ele, como membro da família, seja inserido nas rotinas diárias em torno do método canguru (BRASIL, 2011).

Na mesma linha, identificaram Santos, Machado e Christofel (2013) a imposição de inúmeras dificuldades para a participação masculina no método canguru. Entre elas, destaca-se a sua inserção no mercado de trabalho como barreira à disponibilidade de tempo para estar nas unidades neonatais participando do método. Apesar da enfermagem, em todos os momentos, ter papel promotor de estímulos positivos relacionados ao método, percebe-se que essa barreira é fruto de uma construção social e cultural do país, tanto que a licença paternidade, de acordo com a Constituição Federal de 1988, art.7º, inciso XIX é de cinco dias e, por força da Lei nº13.257 de 08 de março de 2016 amplia o período de licença paternidade em 15 dias, de modo que os homens passaram a ter direito a 20 dias de licença paternidade.

Outro ponto que dificulta a participação masculina sobre o enfoque da centralidade feminina é o pensamento do senso comum, tal como o homem não saber segurar a criança, homem não “poder cuidar” e homem ser somente o provedor da família e não participante das questões domésticas. A formação da identidade no contexto coletivo, tanto para homens como para mulheres, decorre das diferenças vivenciadas no meio social no qual estes estão inseridos. Esse é um resquício da antiga face patriarcal da organização familiar, ainda visualizadas nos dias atuais (SANTOS; MACHADO; CHRISTOFEL, 2013).

Frente ao exposto, esclarece-se que é necessário incentivar a participação paterna no método canguru, fortalecendo o vínculo afetivo entre pai e filho, fazendo deste um objeto primordial a propiciar o maior contato do bebê com o mesmo, ou com demais membros da família. Apesar das barreiras sociais e culturais para isso, principalmente as questões laborais e de gênero, deve-se otimizar a participação homem/pai no método canguru. A própria dinâmica do método deve incentivar a participação masculina nos momentos em que isso seja possível, de acordo com a disponibilidade de cada indivíduo e maior flexibilidade das instituições de saúde (BERNARDO; ZUCO, 2015; SANTOS; MACHADO; CHRISTOFEL, 2013).

Em relação às principais dificuldades, dilemas e desafios relacionados à realização do método canguru, destacam-se: o cansaço em ficar na posição, dores na coluna, insegurança e medo de amamentar, o afastamento do lar para executar a segunda etapa e preocupações financeiras por afastar-se do trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Esses pontos podem prejudicar a execução efetiva do método.

Discutindo a temática, Sá *et al.* (2010) e Oliveira *et al.* (2015) acreditam que essas dificuldades representam barreiras para a execução da segunda etapa do método canguru, pois a decisão de inserir-se nele não depende unicamente da mãe, mas também do apoio familiar e da atitude acolhedora da equipe de saúde. Ao decidir permanecer na unidade neonatal,

abandonando o mundo fora do hospital, que inclui o trabalho e as preocupações com os demais filhos e família, é necessário que haja um apoio e respaldo familiar para que isso seja possível.

Além disso, Castral *et al.* (2012) identificaram que a situação vivenciada pelas mães junto aos neonatos em UTI representa uma situação desafiadora para mulher, geradora de estresse e dores físicas. Silva *et al.* (2015) complementam que a adesão da equipe de saúde ao método é um fator determinante para sua execução e, quando os profissionais da equipe, por determinações pessoais e/ou falta de apoio institucional, não aderem ao método, tornam sua execução dificultada.

Na mesma linha, Veras e Yépez (2011) identificam que os aspectos culturais, falta de apoio familiar e socioeconômicos são dificultadores à efetivação do MMC, pois a mulher não terá condições de inserir-se dentro da unidade neonatal para torná-lo exequível. Além disso, aspectos sociais e econômicos no Brasil demonstram que a maioria das famílias brasileiras vivenciam situações em que a renda familiar não é superior a um ou dois salários mínimos. Isso faz com que a mulher necessite retornar para o trabalho antes do término da licença maternidade e gera, também, uma reflexão sobre as políticas públicas existentes.

Sobre os custos para implementação do MMC, um dos objetivos dos sistemas de saúde é a incorporação de tecnologias e inovações que forneçam o máximo de benefícios à população, com a garantia que haverá recursos disponíveis para sua implementação. Nesse sentido, vem sendo levantada a possibilidade de o MMC apresentar custos assistenciais inferiores em relação aos de unidades intermediárias convencionais de assistência ao RN de baixo peso ou prematuro. É evidente que estudar custos globais de assistência não significa estudar os resultados desta, no entanto, devem fazer parte das avaliações econômicas completas, no sentido de determinar custo-benefício e custo-efetividade (ENTRINGER *et al.*, 2013a).

Neste sentido, na busca de comparar o custo assistencial em unidade canguru em relação à unidade intermediária convencional (UIC) de RN, Entringer *et al.* (2013a) encontraram diferença significativa no custo total da diária hospitalar. Ao considerar os mesmos critérios para ambas as unidades, foram avaliados os seguintes elementos: medicamentos e soluções, materiais hospitalares, dietas do RN, dietas da mãe, exames, gaze medicinal, depreciação dos materiais, custos administrativos e recursos humanos para determinar a diária hospitalar. Os resultados encontrados sugerem que a assistência em unidades canguru custa em média R\$343,53 ao dia; ao passo que nas unidades intermediárias convencionais chega a custar em média R\$394,22.

Em outro estudo coordenado por Entringer *et al.* (2013b), foi comparado o custo de unidades canguru alternativamente à assistência em unidades de terapia intensiva ou intermediária neonatal, identificando um custo inferior na assistência em unidades canguru na ordem de 12% a 16% em detrimento das unidades de cuidado intermediário ou intensivo. A assistência em UTI neonatal é considerada mais onerosa para o serviço público e privado em saúde, em grande parte pelo custo com recursos humanos. Nessa linha, os pesquisadores Entringer *et al.* (2013a) indicam que em unidades canguru o quantitativo de técnicos de enfermagem é menor que em unidades intermediárias e intensivas de prestação de cuidados em saúde.

Apesar do pequeno número de estudos comparando custos do método canguru em detrimento da assistência convencional, Entringer *et al.* (2013a, 2013b) identificaram que as unidades intensivas ou semi-intensivas de assistência ao neonato, elegíveis para método canguru, apresentam custos elevados que podem chegar a ser três vezes maiores que o custo de uma UTI neonatal. Entringer *et al.* (2013a) confirmaram essa realidade, identificando que o custo de internação neonatal em uma unidade intensiva pode ter diária de até R\$1.344,24 (valores estimados à época do estudo).

De uma maneira geral, conhecer sobre os aspectos discutidos nessa categoria, que perpassam questões objetivas e subjetivas, pode permitir a reconstrução do conhecimento existente e reflexões que possibilitem a implementação eficaz do MMC.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados permitem inferir que o MMC é recomendado, pois existem evidências na literatura de que seu emprego auxilia na estabilização dos parâmetros fisiológicos do RN, tais como frequência cardíaca e respiratória, estabilização da saturação de oxigênio, regulação térmica, favorecimento do ganho de peso e da amamentação, redução da dor, agitação e choro, promovidos pelo contato pele a pele, além da formação do vínculo.

O emprego desse método tem no enfermeiro e na equipe de enfermagem os profissionais centrais, por serem os que mais têm contato com a gestante antes do parto e no pós-parto, desde o acolhimento na maternidade até a internação do RN na UTIN. Nesse sentido, é preciso que os profissionais reconheçam os elementos objetivos e subjetivos por trás do cuidado do RN em uma UTIN, admitindo que o MMC preconiza uma mudança na

atitude em relação ao cuidado e manuseio do bebê, pela inserção da família no processo de cuidar.

É preciso que os profissionais percebam o MMC como uma forma de tratamento alternativa e eficaz e rompam barreiras do “não gostar”, a partir da disponibilização para conhecer o método e aplicá-lo na UTIN. Destaca-se ser necessário o apoio institucional para que isso aconteça, uma vez que o método é também associado à redução de custos assistenciais. Há evidências de que a assistência prestada nas unidades canguru são menores em relação à assistência tradicional na UTIN.

Apesar de ser um método promissor, alguns elementos ainda precisam ser revistos, como a centralidade do método na figura feminina, materna. Há a necessidade de maior envolvimento da família e, principalmente, do pai para execução do método. Acredita-se que a adoção de políticas mais flexíveis por parte das instituições, como a extensão dos horários de visitas, pode favorecer essa mudança de paradigma.

Existe evidência de que a aplicação do método promove sentimentos de alegria e felicidade e satisfação nas mulheres, que não são minimizados pelas queixas de dor e cansaço relacionadas à posição canguru e ao afastamento do lar na segunda etapa do método.

Conclui-se que, na literatura científica, há mais elementos positivos que negativos em relação ao MMC e através deste trabalho foi possível evidenciar que esse método é uma forma de prestar cuidados ao RN de baixo peso e/ou prematuro eficaz e segura, que reduz riscos de infecção, minimiza o tempo de internação e favorece a formação do vínculo do bebê com os pais.

Este estudo limitou-se a uma revisão integrativa da literatura. Inicialmente pretendia-se realizar uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa, documental (coleta de dados em prontuários) sobre a segunda fase do MMC em uma UTIN de um hospital do interior de Minas Gerais. No entanto, ao entrar em contato com a instituição, foi informado ao pesquisador que, apesar do método ser empregado na UTIN, não há registro em prontuário sobre o emprego do método, a permanência das mães na unidade ou outros dados relacionados, motivo pelo qual a pesquisadora optou pela realização da revisão de literatura.

Propõe-se como estudo futuro a observação direta da execução do método canguru em unidades de cuidado neonatal, buscando comparar a assistência tradicional e a assistência por meio do método canguru, pautado em variáveis como tempo de internação, custo da internação, estabilização dos parâmetros fisiológicos de frequência cardíaca e respiratória, ganho de peso, saturação de oxigênio e satisfação percebida pela puérpera e pela família.

REFERÊNCIAS

AIRES, Luana Cláudia dos Passos *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.36, n.esp. p.224-32, 2015.

ARAÚJO, Andreza Maia Gomes *et al.* A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL Brasil. *Rev. Ibero-am. Edu. Investigação Enf.*, v.6, n.3, p.19-29, 2016.

BARDIN, Lawrence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, 2011.

BERNARDO, Fabíola Renilda; ZUCO, Luciana Patrícia. A centralidade do feminino no método canguru. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Rev. Latin-am.* Rio de Janeiro, n.21, p.154-174, dez. 2015.

BORK, Márcia; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Esc. Anna Nery.* Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.263-69, abr./jun. 2012.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade.* Belo Horizonte, v.5, n.11, p.121-136, mai./ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 nov. 2016

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº13.257 de março de 2016*. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CASTRAL, Thaila Correa *et al.* Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. *Rev. Latin-am. Enf.* Ribeirão Preto, v.20, n.3, mai./jun. 2012.

COSTA, Roberta *et al.* Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. *Rev. Enf. Atenção à Saúde*, v.3, n.2, p.41-53, jul./dez. 2014.

ENTRINGER, Aline Piovezan *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1205-1216, jun. 2013a.

ENTRINGER, Aline Piovezan *et al.* Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.47, n.5, p.976-83, set./out. 2013.

GONTIJO, Tarcísio Laerte; XAVIER, César Coelho; FREITAS, Maria Imaculada. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.935-944, mai. 2012.

MAIA, Fernanda de Almeida; AZEVEDO, Vivian Maia Gonçalves Oliveira; GONTIJO, Fernanda de Oliveira. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Ter Intensiva*. São Paulo, v.23, n.3, p.370-373, jul./set. 2011.

MAIA, Jair Alves *et al.* Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. *Enferm. em Foco*. Brasília, v.2, n.4, p.231-234, out./dez. 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, out./dez. 2008.

MENEZES, Maria Alexandra da S. *et al.* Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev. Paul. Pediatr*. São Paulo, v.32, n.2, p.171-7, jun. 2014.

OLIVEIRA, Mariana Carneiro de *et al.* Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. *J. res.: fundam. Care online*. Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.2939-48, jul./set. 2015.

OLMEDO, Maiara Dantas *et al.* Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição prona. *Fisioter. Pesqui*. São Paulo, v. 9, n.2, p.115-121, Jun. 2012.

SÁ, Fabiane Elpídio *et al.* Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de prematuros da unidade canguru. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v.23, n.2, p.144-149, abr./jun. 2010.

SANCHES, Maria Teresa Cera *et al.* *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. Temas em Saúde Coletiva, n.19. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

SANTOS, Luciano Marques *et al.* Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e auto eficácia. *Psicol. estud.* Maringá, v.18, n.4, p.3504-14, out./dez. 2013.

SANTOS, Nicole Dias; MACHADO, Maria Estela Diniz; CHRISTOFEL, Marialda Moreira. (Re)conhecendo a participação masculina no método canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. *Cienc. Cuid. Saúde*, v.12, n.3, p.461-68, jul./set. 2013.

SANTOS, Thais Amanda; DITZ, Érika da Silva; COSTA, Patrícia Rodrigues. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *R. Enferm. Cent. O. Min. (RECOM)*, v.2, n.3, p.438-450, set./dez. 2012.

SILVA, Juliana Rodrigues; THOMÉ, Celia Regina; ABREU, Renata Mathias. Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. *Rev. CEFAC.* São Paulo, v.13, n.3, p.522-33, mai./jun. 2011.

SILVA, Laura Johason *et al.* A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. *Rev. Latin-am. Enf.* Ribeirão Preto, v.23, n.3, p.483-90, mai./jun. 2015.

SOUTO, Danielle da Costa *et al.* Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Ciência & Saúde.* Porto Alegre, v.7, n.1, p.35-46, jan./abr. 2014.

SOUZA, Luis Paulo Souza *et al.* Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. *Rev. Bras. Promoção Saúde.* Fortaleza, v.27, n.3, p.374-380, jul./set. 2014.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michele Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* São Paulo, v.8, supl.1, p.102-106, 2010.

TEIXEIRA, Gracimary Alves *et al.* Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *J. res.: fundam. care.* Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.4036-46, jan./mar. 2016.

VERAS, Renata Meira; YÉPEZ, Martha Azucena Traverso. O cotidiano institucional do método mãe canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. *Psicol. Soc.* Florianópolis, v.23, n.esp., p.90-98, 2011.