



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM

EMANUELLE ANDRADE SOUSA ALVES

MÉTODO MÃE CANGURU: PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

NATAL/RN
2013

EMANUELLE ANDRADE SOUSA ALVES

MÉTODO MÃE CANGURU: PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^a Msc. Cléa Maria da Costa Moreno

RESUMO

O método mãe canguru é um modelo de assistência neonatal inovador, voltado para o cuidado humanizado, buscando a melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos no ambiente hospitalar ao recém-nascido prematuro. A estruturação do presente artigo tem por objetivo destacar a importância da atuação da enfermagem nesse método. De abordagem qualitativa descritiva, realizado através de uma revisão bibliográfica, nas bases de dados LILACS e SCIELO, selecionando artigos no período de 2005 a 2012. Nos resultados observou-se que, o enfermeiro atua como educador permanente, facilitando a aproximação do recém-nascido prematuro com sua mãe e familiares. Conclui-se que a enfermagem exerce um papel imprescindível na inserção da família ao método mãe canguru.

Palavras-chave: método mãe canguru, assistência de enfermagem, enfermagem neonatal.

ABSTRACT

The Kangaroo mother method is an innovative model of neonatal assistance, aimed at the care, seeking the improvement of humane quality of care offered in the hospital environment to premature newborn. The structure of this article aims to highlight the importance of the role of nursing in this method. Of descriptive qualitative approach, conducted through a literature review, in LILACS and SCIELO databases by selecting items in the period from 2005 to 2012. The results showed that the nurse acts as permanent educator, facilitating the approximation of premature newborn with his mother and family. It is concluded that nursing plays a role vital in insertion of the family by kangaroo mother method.

Keywords: kangaroo mother method, nursing care, neonatal nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	07
3 RESULTADOS.....	08
3.1 Histórico.....	08
3.2 Conceito de Método Mãe Canguru.....	09
3.3 Assistência ao RNPB e RBNP no ambiente hospitalar ã primeira e segunda fases.....	10
3.4 Assistência ao RN e equipe de enfermagem.....	11
4 DISCUSSÃO.....	12
5 CONCLUSÃO.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, há anualmente 20 milhões de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e de baixo peso (RNBP). Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns no RNPT e RNBP. Além disso, muitos RN são acometidos de distúrbios metabólicos e dificuldades na alimentação e regulação da temperatura corporal (BRASIL, 2002).

O RN é considerado pré-termo quando nasce com idade gestacional menor que 37 semanas e de baixo peso quando nasce com peso inferior a 2.500g, no último caso é desconsiderada a sua idade gestacional. Ambos necessitam de cuidados intensivos após o seu nascimento, para garantir a manutenção da sua saúde. De acordo com Freitas e Camargo (2006), RN prematuros e de baixo peso, necessitam de cuidados intensivos, geralmente prolongados, devido a sua dificuldade de adaptação ao meio extrauterino. Segundo o Ministério da Saúde, o crescente número de RNBP torna-se um problema de saúde pública, constituindo-se um alto percentual de morbi-mortalidade neonatal (BRASIL, 2002).

Em busca de uma assistência humanizada, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 693/2000, lançou, em 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (AHRNBP), conhecido como Método Mãe Canguru. Atualizada, posteriormente no ano de 2007 pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Brasil (2001, apud COSTA, 2006) relata que, o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. O MMC foi idealizado na Colômbia em 1979, pelos Drs. Reys Sanabria e Héctor Martínez, que no primeiro momento tinha como objetivo reduzir a mortalidade neonatal, posteriormente diminuir os gastos com a assistência perinatal, proporcionar maior vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê e contribuir para a estabilidade térmica do RN e seu desenvolvimento.

Constata-se que o MMC supera a interação técnica e dos conceitos tradicionais de uma abordagem médica. Prevê tratamento inovador às questões sociais, rompimento com a inércia dos procedimentos já habituais, redução dos custos globais, preveni e minimiza os danos sociais, além de diminuir os futuros gastos governamentais formatando um projeto social com baixíssimo custo de implantação e manutenção. (CARVALHO; PROCHNIK, 2001, p. 11,34)

O MMC é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial (BRASIL, 2009). Para Gontijo, Xavier e Freitas (2012), a aplicação do Método Canguru envolve além das questões técnicas, o desenvolvimento de uma proposta de humanização da assistência ao RNBP e RNPT com o intuito de minimizar os efeitos negativos da internação sobre os bebês e suas famílias. O método consiste em posicionar o RN verticalmente sobre o tórax da mãe, com a finalidade de proporcionar um contato pele a pele, promovendo a proximidade entre o RN e sua mãe, aumentando o vínculo afetivo entre ambas as partes.

A visão brasileira sobre o Método Canguru implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes a atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2011).

O MMC é dividido em três etapas distintas, interligadas entre si, onde o bom desenvolvimento da etapa seguinte depende do adequado trabalho realizado na etapa anterior.

A primeira etapa aplica-se no pré-natal de alto risco, seguido da internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Durante esse período é estimulado à entrada dos pais na Unidade Neonatal, orienta-se sobre as condições clínicas do RN, oferecendo suporte para a adaptação e treinamento dos pais, em busca da estabilidade clínica do RN. Na primeira etapa inicia-se a posição canguru, quando indicado, proporcionando aos pais o contato com seu filho.

A segunda etapa se realiza na enfermaria, no qual o RN encontra-se clinicamente estável, contemplando o acompanhamento contínuo do RN pela mãe. Durante essa fase é exigido interesse, disponibilidade e segurança materna, a mesma deve ser devidamente orientada pela equipe de enfermagem sobre os cuidados com seu filho, o RN permanece o maior tempo possível e desejado na posição canguru.

A terceira etapa do método tem seu início com a alta hospitalar do RN, com o acompanhamento ambulatorial do bebê e sua família.

Justifica-se este trabalho pelo fato de a norma brasileira preconizar assistência humanizada a todos os participantes do MMC, isto é, mãe, filho, família e profissionais envolvidos. A participação familiar, em todas as etapas do método, é essencial para o sucesso do mesmo. Nesse contexto, a equipe de saúde deve garantir a qualidade da assistência prestada ao RN e um bom relacionamento com a mãe e familiares.

A equipe de enfermagem, em especial, tem papel fundamental na assistência, atuando como cuidadores e educadores permanentes. A equipe de enfermagem, através da educação em saúde e dentro do contexto do MMC, proporciona à mãe a participação direta na

rápida recuperação do seu filho, contribuindo para um maior vínculo do binômio mãe-filho (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010). A enfermagem é a profissão que possui maior relacionamento com o RN e sua família, facilitando e garantindo a qualidade na relação do profissional com o cliente.

O interesse pelo presente estudo surgiu através da metodologia aplicada no MMC, a qual amplia os cuidados prestados na UTIN, contemplando a assistência humanizada, através do acolhimento, afeto e vínculo, enfatizando os benefícios relacionados com o RNBP e RNPT. Possibilitando expandir os conhecimentos sobre o tema, relacionando-o com a prática profissional de enfermagem. A afeição também surgiu de uma experiência pessoal, através da prática do MMC, com o nascimento de uma filha prematura de 32 semanas de gestação, no Hospital Doutor José Pedro Bezerra, localizado na cidade de Natal/RN, o qual contempla a aplicação do método.

Este trabalho tem por objetivo relatar a importância da participação da enfermagem no MMC, identificando os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem na 1ª e 2ª etapa do método.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, realizado a partir de pesquisa das referências bibliográficas da área de saúde sobre o MMC. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca de fontes; organização lógica do assunto; e redação do texto (LAKATOS; MARCONI, 2001).

De acordo com Boaventura, (2004), a revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar ideias novas e úteis.

Foi realizado uma busca e levantamento de elementos bibliográficos pela literatura, junto às bases de dados eletrônicas da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), consultados através do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados como critério de inclusão, artigos redigidos na língua portuguesa, abrangendo o período de 2005 a 2012, abordando a temática estudada na área da saúde e que tivessem relevância com o tema proposto. Utilizou-se as seguintes palavras-chave: método mãe canguru, assistência de enfermagem e enfermagem neonatal. Excluíram-se os artigos que não discutiam a temática proposta, redigidos em língua estrangeira e foram do período estabelecido. Diante dos critérios descritos foram selecionados 15 artigos, sendo utilizados 10 artigos, 01 livro de referência e , por ser uma política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, utilizou-se como referência o manual do MS sobre o tema.

A partir das referências obtidas, os artigos foram selecionados primeiramente por meio do título e, em seguida, pelo resumo. Após a leitura integral dos textos foram selecionados os artigos que serão discutidos no presente estudo.

3. RESULTADOS

3.1 Histórico do Método Mãe Canguru

No ano de 1979, os médicos Edgar Reys Sanabria e Héctor Martínez Gómez iniciaram no Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia, um programa de assistência neonatal que, segundo Carvalho e Tamez (2005), era destinado a dar alta precoce para recém-nascidos de baixo peso, pré-termos ou pequenos para a idade gestacional. O método tem como recurso operativo o amor materno-filial.

O Método Mãe Canguru foi desenvolvido com a ideia 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 consequentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema de saúde. (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004)

Evidenciando a melhoria nas taxas de sobrevivência do RN, as vantagens psicológicas para a criança e sua família e o baixo custo, o programa recebeu apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o primeiro avaliador dessa nova metodologia, divulgando-a para todo o mundo (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

De acordo com Caetano (2004), os idealizadores do método provocaram uma inovação na assistência ao RNPT e RNB, ampliando os cuidados prestados que se difundiram em diversos continentes.

No Brasil, o MMC surgiu a partir do ano de 1990, com uma proposta mais ampla que a original, contribuindo para uma mudança na postura dos profissionais e visando a humanização da assistência neonatal.

Conforme o Brasil (2011), o MMC é uma política pública e está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Com o objetivo de contribuir para a mudança de postura dos profissionais e visando a humanização da assistência ao recém nascido, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Com essa Norma, atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, os hospitais tem em mãos as informações necessárias a aplicação do Método Canguru. Nela estão especificados: a população-alvo, os recursos necessários para a adoção do Método, as normas gerais e as vantagens para a promoção da saúde do bebê. (BRASIL, 2011, p. 12,13)

De acordo com Silva (2003, apud Carvalho; Tamez, 2005), a normatização do MMC no Brasil aplica-se através de cinco bases fundamentais, fatores ambientais, posição adequada do bebê, assistência individualizada e inserida na família, amamentação e contato pele a pele.

3.2 Conceito de Método Mãe Canguru

O Brasil (2011) define o MMC como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.

Segundo Neves, Ravelli e Lemos (2010), o método recebe essa titulação devido o seu objetivo principal, promover precocemente a proximidade entre RN pré-termo e sua mãe, através da posição canguru. A proposta do método, associado a uma assistência médica adequada, proporciona ao RNPT e RNBP maiores condições de saúde e desenvolvimento. Carvalho e Tamez (2005) relatam que, a condição de imaturidade física do RNPT, somada as doenças intercorrentes e o ambiente extrauterino, submete este bebê à morbidade.

A implantação do MMC é fundamental para a promoção de uma mudança institucional centrada na assistência neonatal humanizada. O método não substitui a UTIN, para Carvalho e Tamez (2005), ele contribui agregado ao tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao RN e sua família.

Conforme citado por Costa e Monticelli (2005), estudos demonstram que a posição canguru, influência na estabilidade dos sinais vitais do RN, principalmente relacionado à manutenção da temperatura corporal. As vantagens esperadas por esta política no Brasil destacam que:

Aumenta o vínculo mãe-filho; reduz o tempo de separação mãe-filho; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso; estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; permite um controle térmico adequado; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar; contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de cuidados intermediários devido à maior rotatividade de leitos. (BRASIL, 2009, p. 19)

3.3 Assistência ao RNPT e RNBP no ambiente hospitalar – primeira e segunda fases

A primeira fase do MMC inicia-se no pré-natal, identificando a gestante de alto-risco e encaminhando-a para a unidade de referência. Seguido da internação do RN na UTIN, fase em que se inicia a adaptação do bebê ao meio extrauterino. Na sua metodologia a UTIN é um local de assistência humanizada ao indivíduo dentro do contexto biopsicossocial, sendo o acolhimento o ponto de partida para a promoção e implantação do programa. A participação direta dos pais nos cuidados prestados ao RN, sugerido pelo MMC, proporciona um maior envolvimento e aproximação entre equipe profissional e família (BRASIL, 2009).

É determinado que os procedimentos na primeira fase do método devem incluir o acolhimento dos pais com a primeira visita acompanhada de um profissional da unidade; o livre acesso dos pais com incentivo da sua participação nas atividades relacionadas ao seu filho; a orientação sobre quadro clínico do RN, suas peculiaridades e os cuidados oferecidos; proporcionar suporte para o contato com o bebê, a amamentação e permanência da mãe na unidade hospitalar; no que refere-se ao RN dispensar os cuidados conforme as necessidades individuais comunicadas pelo mesmo, garantindo níveis mínimos de estímulos ambientais e medidas de proteção do estresse e dor (BRASIL, 2011). A assistência individualizada do RN, centrada no seu desenvolvimento, engloba várias intervenções, com o objetivo de minimizar o estresse na UTIN.

Este modelo de assistência protege o RN de estímulos desnecessários, garantindo que ele seja cuidado de forma particularizada, introduzindo a participação dos pais (BRASIL, 2011).

Carvalho e Tamez (2005) declaram que, o método proporciona ao RN e sua família o papel de agente de promoção de sua própria saúde, excluindo sua participação como cliente passivo e consumidor dos serviços hospitalares.

A segunda fase corresponde à Unidade Canguru, na qual o RN, ainda hospitalizado, permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru é realizada pelo maior tempo possível e desejada. Todavia, alguns critérios de avaliação são determinantes para a permanência nessa etapa do programa, no qual o RN deverá possuir estabilidade clínica, nutrição enteral exclusiva e peso mínimo de 1.250 gramas; para a mãe, a mesma deverá demonstrar interesse e disponibilidade, além da capacidade de reconhecer as individualidades do seu bebê frente a situações de risco e conhecimento sobre a posição canguru (BRASIL, 2011).

3.4 Assistência ao RN e equipe de enfermagem

O ambiente da UTIN influencia diretamente no desenvolvimento do RN, sendo necessárias várias intervenções, com o objetivo de diminuir o estresse no RN, focalizando a individualização da assistência (BRASIL, 2011).

Hopson (1998, apud BRASIL, 2011) relata que, estudos feitos durante a gestação, o feto próximo ao termo permanece 85 a 90% em estado de sono profundo e leve. Na UTIN o RNPT muda seu estado de comportamento 06 vezes ~~uma~~ hora, sendo 78% associado com o manejo da enfermagem ou ruídos ambientais.

O toque relacionado a procedimentos pode causar respostas adversas, tais como, hipoxemia, bradicardia, interrupção do sono, aumento da pressão intracraniana e dor (BRASIL, 2011).

Na UTIN o RN recebe uma hiperestimulação, devido o seu manuseio para realização de procedimentos necessários na sua assistência.

Estão entre os efeitos fisiológicos dos ruídos em neonatos, alteração da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, diminuição da saturação de oxigênio, apneia e aumento da pressão intracraniana (BRASIL, 2011).

Henning et al. (2006) afirma que, o RNPT e RBNP exposto a longos períodos ruidosos sofrem uma variedade de desordem no desenvolvimento cerebral, decorrentes do risco de hemorragia intraventricular.

As unidades apresentam níveis de ruídos bastante elevados, que aumentam durante a admissão, emergências, discussão de casos clínicos e passagem de plantão (Brasil, 2011).

O RNPT possui plena sensibilidade à estímulos dolorosos repetidos. Barker (1995, apud BRASIL, 2011) revela que um RNPT na primeira semana de vida, realiza uma média de 53 a 63 procedimentos invasivos, um RNPT extremo de 23 semanas com peso de 560 gramas, realiza em média 488 procedimentos. A experiência dolorosa pode levar a alterações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, endócrinas e no sistema imunológico (BRASIL, 2011).

O acolhimento é fundamental para o sucesso do programa, sendo uma ação profilática quanto ao desenvolvimento das relações do grupo.

4. DISCUSSÃO

Diante do estudo realizado sobre o MMC, a assistência da enfermagem ao RNPT e RNBP fundamenta-se na promoção da qualidade de vida, minimizando os possíveis impactos provocados pelo ambiente da UTIN.

Inicialmente a enfermagem trabalha através do acolhimento dos pais e familiares na UTIN, facilitando sua inserção no ambiente, proporcionando, principalmente à mãe, uma aproximação precoce com o bebê, para que se estabeleça uma relação física e afetiva, dando início ao MMC. O enfermeiro atua como educador permanente, esclarecendo de forma clara e objetiva a finalidade, os objetivos, as vantagens e benefícios do método, atento as particularidades de cada RN e sua família, atuando de forma individualizada, propiciando o vínculo mãe-filho.

No ambiente da UTIN, os procedimentos técnicos também devem ser levados em consideração, amenizando possivelmente os prejuízos provocados pela manipulação excessiva ao RN, alterações no estado de sono, elementos sonoros e estímulos dolorosos. Diante da importância dessas intervenções, deve ser levada em consideração a modificação nos cuidados, garantindo uma duração no sono próximo a do útero, prolongando o estado de sono; diminuir os procedimentos de rotina; manutenção de um ambiente visual e auditivo tranquilo; no manejo da dor, prevenir através da analgesia prévia; estimular a participação dos pais, contribuindo para o seu conforto, segurança e desenvolvimento.

Além do acolhimento e procedimentos técnicos mencionados, é trabalhado a aproximação dos pais com seu filho, viabilizando gradualmente a confiança da mãe em sua capacidade de cuidado e proteção. Diante disso, o enfermeiro torna-se o elo entre mãe e filho.

Na segunda fase do MMC, a enfermagem deve avaliar as necessidades de cada díade, para que ocorra sua inserção nessa etapa, exigindo participação integral da mãe. A assistência de enfermagem consiste na observação e orientação da mãe, com relação à posição canguru já estabelecida na primeira etapa do método, os sinais de apneia no RN, incentivo ao aleitamento materno, ressaltar as características individuais do RN, proporcionar a mãe conhecer seu filho, reforçando suas competências.

Diante do proposto o enfermeiro oferece suporte, orientação e segurança, para que a mãe e seu filho sejam preparados para a alta hospitalar e terceira fase do MMC.

5. CONCLUSÃO

O MMC é um modelo de assistência que potencializa a qualidade de vida do RNPT e RNBP. É amplo em benefícios e eficiente na busca pela humanização do atendimento neonatal. Todavia não substitui a UTIN, a assistência médica necessária e os aparelhos tecnológicos. A humanização proposta deve contribuir somaticamente, para que ambos possibilitem uma maior e melhor assistência no cuidado ao RN e sua família.

A enfermagem trabalha de forma holística, sendo prioridade na assistência o RN hospitalizado, que necessita de cuidados intensivos pra garantir a sua sobrevivência. Contudo esse pequeno indivíduo carrega consigo uma vida social, que mesmo antes do seu nascimento, já se encontra estabelecida. A atuação da enfermagem é de extrema importância, por ter maior proximidade com a díade mãe-filho, garantindo o sucesso do método. O enfermeiro como educador permanente facilita a compreensão materna, por meio do cuidado humanizado, atento e acolhedor. Referindo-se à assistência direta ao RN, o enfermeiro busca, através do cuidado individualizado, diminuir os possíveis danos futuros provocados pelo ambiente da UTIN e dos seus procedimentos necessários, adaptando-o ao meio extrauterino.

Contudo, a pesquisa da temática apresentada, permite afirmar que há uma necessidade de realização de novos estudos de avaliação e resultados da proposta brasileira sobre o MMC, a manutenção de capacitação profissional, para que o conhecimento compartilhado possibilite a mudança de práticas dos que atuam na assistência ao RNPT e RNBP, ampliando os conhecimentos para além da aplicação do método e sua importância.

REFERÊNCIAS

- BOAVENTURA, Edvaldo Martins. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.
- 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, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília, 2002.
- _____. Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso**. Brasília, 2000.
- CAETANO, L. C. **Vivendo no Método Canguru**: a tríade mãe-filho-família. 2004. Tese, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.
- CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: Bases Científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- COSTA, Roberta; MONTICELLI, Marisa. **Método Mãe-Canguru**. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 4, abr., 2005.
- _____. **O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal**. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006.
- FERREIRA, L.; VIERA, C.S. **A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: uma revisão de literatura. *Acta Sci Health Sci*. 2003; 25(1):41-50. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2250/0>>. Acesso em: 23 de out. 2013.
- FREITAS, Juliana de Oliveira; CAMARGO, Clímene Laura de. **Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos**. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2006.
- GONTIJO, Tarcísio Laerte; XAVIER, César Coelho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2012.
- HENNING, Márcia de Abreu e Silva; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; GIANINI, Nicole Oliveira Mota. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e método canguru**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, out. /dez. 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

NEVES, Priscila Nicoletti; RAVELLI, Ana Paula Xavier; LEMOS, Juliana Regina Dias. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar. 2010.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. **Método Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno**. J. Pediatr [Internet]. 2004. Citado em 05 mar. de 2009; 80(5):173-80. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/jped/v80n5s0/v80n5s0a09.pdf](http://www.scielo.br/jped/v80n5s0/v80n5s0a09.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2013.