

Resumo: Estudo retrospectivo e descritivo, com abordagem e análise quantitativa, que objetivou analisar a eficácia do Método Canguru no atendimento ao recém-nascido de baixo peso. Foram analisados na investigação sete prontuários de recém-nascido de baixo peso atendidos pelo método, enquadrados no critério: atendimentos ocorridos a recém-nascido de baixo peso no Método Canguru de janeiro de 2017 a janeiro de 2019. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2019, por meio do instrumento adaptado do Guia de Avaliadores Externos. Para tabulação e análise estatística, os dados foram digitados em planilha do programa Excel e analisados segundo estatística descritiva. Os resultados revelaram que o Método Canguru mostrou-se eficaz ao permitir a verificação do tipo de aleitamento, a descrição das vantagens decorrentes de sua aplicação e principalmente a caracterização do vínculo mãe-filho.

Descritores: Vínculos Emocionais, Aleitamento Materno, Benefícios.

Kanguru method effectiveness analysis: low weight newborn

Abstract: Retrospective and descriptive study, with approach and quantitative analysis, which aimed to analyze the effectiveness of the Kangaroo Method in the care of low birth weight newborns. We analyzed seven medical records of low birth weight infants treated by the method, according to the criterion: attendance to low birth weight infants in the Kangaroo Method from January 2017 to January 2019. Data collection occurred in the month of October 2019, through the adapted instrument of the Guide for External Evaluators. For tabulation and statistical analysis, data were entered into an Excel spreadsheet and analyzed according to descriptive statistics. The results revealed that the Kangaroo Method was effective in allowing the verification of the type of breastfeeding, the description of the advantages arising from its application and especially the characterization of the mother-child bond.

Descriptors: Emotional Bonds, Breast Feeding, Benefits.

Método de kanguru análisis de efectividad: recién nacido de bajo peso

Resumen: Estudio retrospectivo y descriptivo, con enfoque y análisis cuantitativo, cuyo objetivo fue analizar la efectividad del Método Canguru en el cuidado de recién nacidos con bajo peso al nacer. Analizamos siete registros médicos de bebés con bajo peso al nacer tratados por el método, de acuerdo con el criterio: asistencia a bebés con bajo peso al nacer en el Método Canguru desde enero de 2017 hasta enero de 2019. La recopilación de datos se produjo en el mes de octubre de 2019, a través del instrumento adaptado de la Guía para Evaluadores Externos. Para la tabulación y el análisis estadístico, los datos se ingresaron en una hoja de cálculo de Excel y se analizaron de acuerdo con estadísticas descriptivas. Los resultados revelaron que el Método Canguru fue efectivo al permitir la verificación del tipo de lactancia materna, la descripción de las ventajas derivadas de su aplicación y especialmente la caracterización del vínculo madre-hijo.

Descriptorios: Vínculos Emocionales, Lactancia Materna, Beneficios.

Suênia Alves Vieira

Enfermeira.

E-mail: savsonhomeu@gmail.com

Natalia de Araújo e Santos

Acadêmica do curso de graduação de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

E-mail: nataliadearaujo_4@hotmail.com

Antônia Reis da Silva

Acadêmica do curso de graduação de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

E-mail: antoniasrn@gmail.com

Douglas Pereira de Souza

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Pública/FSP-USP. Docente na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

E-mail: douglasdc7@hotmail.com

Submissão: 13/04/2020

Aprovação: 02/10/2020

Como citar este artigo:

Vieira SA, Santos NA, Silva AR, Souza DP. Análise da eficácia do método kanguru: recém-nascido de baixo peso. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):44-52.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.44-52>

Introdução

Nascem anualmente, em todo o mundo, 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Esse elevado número de neonatos de baixo peso ao nascer (BPN) caracteriza um alto percentual de morbimortalidade neonatal e constitui um grave problema de saúde. Em 1976, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o BPN como todo nascido vivo com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. As inovações tecnológicas surgidas nos últimos anos favorecem o aumento da expectativa de vida de recém-nascido pré-termo ou de baixo peso (RNPT/BP). Mas essas inovações exercem novas preocupações com a qualidade de vida do recém-nascido (RN) e dos envolvidos nesse processo. O Método Canguru surgiu como uma estratégia de humanização à assistência ao recém-nascido de baixo peso (RNBP), visando uma mudança de paradigma nos cuidados ofertados a essa população¹⁻³.

O Método Mãe Canguru (MMC) é um tipo de assistência neonatal prestada ao RNBP, após a estabilização inicial, que implica em colocar o RN na posição supina, semidespido, entre os seios da mãe, em contato pele a pele, de forma crescente, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente^{4,5}.

O método foi criado em 1979 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia, com o intuito de solucionar a superlotação nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que obrigava as equipes de saúde a colocar dois ou mais recém-nascidos (RNs) na mesma incubadora. Isso poderia aumentar o risco de infecções e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade neonatal⁶.

Para a criação do método eles observaram os *marsupiais* (canguru) que nascem prematuros e permanecem na bolsa da mãe, sendo aquecido e alimentado, até se fortalecer e atingir a maturidade fisiológica compatível com a vida, e a forma como as índias colombianas carregavam seus bebês, adaptando à assistência neonatal. Pelo método fazer referência a espécie *marsupiais*, o seu nome foi adotado, se tornando MMC⁷.

No Brasil, adota-se a terminologia Método Canguru (MC), pois o pai e a família têm participação ativa e fundamental. O MC iniciou-se no Brasil em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. No cenário brasileiro, surgiu a política da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, regulamentada e publicada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 693 de 5 de julho de 2000, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007^{5,8-10}.

O Brasil é o primeiro país do mundo a adotar o MC como política pública ampliada e fortalecida. E através de normas, protocolos e de um amplo processo de capacitação nas diferentes regiões do país, também, é o primeiro a padronizar seus procedimentos, com sua aplicação dividida em três etapas: na UTIN, no alojamento conjunto, e alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial até peso mínimo de 2.500 gramas⁷.

A primeira etapa enfoca o acolhimento dos pais, acesso precoce e livre dos pais à UTIN, estímulo à amamentação, participação nos cuidados do bebê e promover o toque adequado. A segunda etapa exige no RN estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250 gramas e ganho de peso diário

maior que 15 gramas. Nela a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, permitindo o aumento da proximidade física e comunicação entre a mãe e o bebê. A terceira etapa exige do bebê peso mínimo de 1.600 gramas, ganho de peso nos três dias que antecederem a alta hospitalar e aleitamento materno exclusivo ou, na necessidade de complementação da dieta, garantir que seja ofertada em copo ou seringa. Ela caracteriza-se pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 gramas, para alta definitiva do método^{4,9,11}.

As vantagens apontadas pelo uso do MC são: redução do tempo de separação e facilitação do vínculo afetivo mãe/pai-filho, estímulo ao aleitamento materno, ao RN adequado controle térmico, reduz o estresse, a dor e contribui para redução do risco de infecção hospitalar, propicia a manutenção dos sinais vitais, favorece ao RN estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral, melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor, propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, reduz o tempo de permanência hospitalar e o número de abandono desses bebês^{4,8,9}.

Um estudo que buscou compreender os benefícios do MC revelou que os resultados encontrados nas pesquisas analisadas foram positivos, comprovando a sua eficácia em relação aos benefícios para a mãe, bebê e instituição¹². Outro estudo ressalta que os profissionais de saúde conhecem a importância e mencionam as vantagens do MC¹³. Neste sentido, um estudo que verificou a aplicabilidade das ações preconizadas no MC percebeu um movimento de fortalecimento do método e adesão às ações preconizadas, como acolhimento, inserção dos pais no

cuidado, incentivo ao aleitamento materno e adequação do ambiente².

Logo, este estudo se justifica pela necessidade de pesquisar sobre a eficácia da aplicação do MC para o RNBP, pois há escassez da comprovação desta eficácia analisando diversos benefícios pelos profissionais e reflete na qualidade da assistência no MC. As evidências produzidas nesta pesquisa podem contribuir para melhoria do cuidado prestado no MC e para disseminação da técnica por profissionais nas instituições.

Objetivo

Analisar a eficácia do MC no atendimento ao RNBP na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), verificando o tipo de aleitamento materno, caracterizando o vínculo bebê-mãe-família e descrevendo as vantagens decorrentes de sua aplicação, em um hospital público de referência da região sudeste do estado do Pará.

Material e Método

Estudo retrospectivo e descritivo, com abordagem e análise quantitativa. A coleta de dados foi retrospectiva, foi desenvolvida a partir de prontuários de RNs que foram admitidos na UCIN de um hospital público de referência da região sudeste do estado do Pará. Como critério de inclusão, os atendimentos ocorreram a RNBP no MC de janeiro de 2017, ano que iniciou a implantação do método, a janeiro de 2019, ano atual da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2019. Os prontuários foram localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do referido hospital, onde foram coletados os dados. O instrumento utilizado foi adaptado do Guia de Avaliadores Externos, validado pelo MS¹⁴. O

instrumento possuía três partes, sendo definidas como: tipo de aleitamento, vínculo mãe-bebê-família e vantagens. As respostas do instrumento de coleta de dados foram obtidas nas evoluções de enfermagem contidas no prontuário do RNBP.

Para tabulação e análise estatística, os dados foram digitados em planilha do programa Excel, versão Office 2016 da Microsoft e analisados segundo estatística descritiva. Posteriormente, descritos em frequência absoluta (n) e relativa (%), e apresentados no formato de tabelas. A pesquisa atendeu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que se refere à pesquisa com seres humanos¹⁵.

Ressalta-se que antecedeu ao processo de coleta de dados a autorização do gestor do hospital de referência para utilização das informações contidas nos prontuários de RNBP atendidos pelo MC. Houve aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (CEP/FESAR), sob o parecer nº 3.613.518, de 01 de outubro de 2019, e CAAE nº 16082719.6.0000.8104.

Resultados

Durante os anos de 2017 e 2018, foram encontrados e analisados sete prontuários de RNBP atendidos pelo MC. Os dados clínicos desses RNs estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados clínicos dos recém-nascidos de baixo peso atendidos pelo método canguru em um hospital público de referência da região sudeste do estado do Pará (n=7). Redenção, PA, Brasil, 2019.

Variável	n	%
Tipo de parto		
Vaginal	1	14,3
Cesáreo	6	85,7
Peso ao nascer (em gramas)		
1000-1499	2	28,6
1500-1999	4	57,1
2000-2499	1	14,3

Em relação ao tipo de aleitamento, quando os RNBP atendidos pelo MC não podiam mamar no peito, os sete (100%) foram alimentados por sonda naso ou orogástrica. A alimentação (tipo) enteral inicial para cinco (71,4%) foram leite infantil em pó, indicado como alimentação para lactentes, e para dois (28,6%) foram leite materno. Cinco (71,4%) deles mamaram no peito na unidade canguru e dois (28,6%) não mamaram. E, dois (28,6%) bebês receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (AME) e cinco (71,4%) não.

Sobre o vínculo mãe-bebê-família, os pais puderam tocar os sete (100%) RNBP na UCIN. E também, puderam colocar os sete (100%) em contato pele a pele na unidade de cuidados especiais. Nos sete (100%) RNBP atendidos pelo MC foi a mãe quem fez a posição canguru, e o bebê foi mantido na posição durante menos de seis horas por dia. Não houve participação do pai no método considerando a amostra estudada.

A respeito dos questionamentos sobre o acesso livre dos pais e permissão para cuidarem do RNBP (trocar fralda, banhar, alimentar por sonda) enquanto estava na UCIN e na unidade de cuidados especiais, não foi possível respondê-los, devido à insuficiência de registros nos prontuários.

Além disso, foram observadas as vantagens decorrentes da utilização do MC, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Vantagens apresentadas com a utilização do método canguru para o recém-nascido de baixo peso em um hospital público de referência da região sudeste do estado do Pará (n=7). Redenção, PA, Brasil, 2019.

Vantagens	n	%
Reduziu o tempo de separação mãe-pai-filho	7	100
Facilitou o vínculo mãe-pai-filho	7	100
Aumentou a frequência, a periodicidade e duração com livre demanda da amamentação	2	28,6
Possibilitou ao recém-nascido adequado controle térmico	7	100
Reduziu o estresse e a dor	1	14,3
Reduziu o choro do bebê	1	14,3
Melhorou o ganho de peso ponderal	3	42,9
Melhorou a frequência respiratória e a oxigenação	7	100
Estabilizou os batimentos cardíacos	3	42,9

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar a eficácia do MC no atendimento ao RNBP, verificando o tipo de aleitamento materno, caracterizando o vínculo bebê-mãe-família e descrevendo as vantagens decorrentes de sua aplicação.

Em relação ao tipo de parto, a maioria dos conceptos nasceu de parto cesáreo. Um estudo similar traz resultados parecidos, onde 27 (72,9%) nasceram de parto cesáreo e 10 (27,1%) de parto vaginal. Esses resultados indicam que eram necessárias intervenções cirúrgicas para conservação da vida da mãe e/ou do feto, pois tais gestações apresentavam risco¹⁶.

Sobre o peso no momento do nascimento, cinco apresentavam baixo peso (<2500g) e dois apresentavam muito baixo peso (<1500g). Para o RN ser classificado como de BPN, ele tem que ter peso entre 1.501 e 2.500 gramas e para ser classificado

como de muito baixo peso (MBP), ele tem que ter peso de 1.000 a 1.500 gramas¹⁷.

No que se refere ao aleitamento, quando os RNBP não podiam mamar no peito eles foram alimentados por sonda naso ou orogástrica. Isto se justifica, pelo fato de alguns RNs, considerados de risco, nascerem inaptos para receber dieta plena por via oral e necessitarem de alimentação por gavagem³.

Ademais, a alimentação enteral inicial para a maioria dos RNBP foi fórmula infantil para lactentes e para os demais foi leite materno. O uso de fórmula pela maioria pode estar relacionado à ausência da mãe ou do leite materno. Também, a maioria deles mamou no peito na unidade canguru. Os casos em que os RNBP não mamaram no peito podem ser por falta de suporte e promoção do aleitamento materno pela equipe de saúde. Diante desse resultado, percebe-se que as intervenções da equipe são fundamentais na prática da amamentação, assim como, o incentivo, oferecimento de orientações e o manejo clínico na amamentação¹⁶.

Acerca do AME, apenas a minoria, 28,6% dos RNBP atendidos pelo MC saíram de alta hospitalar em AME. Já em um estudo realizado em Macéio/AL com 60 participantes, divididos em dois grupos, o grupo um composto por RNPT/BP participantes do MC e o grupo dois não participantes, verificou que no momento da alta hospitalar todos os RNPT/BP estavam em AME. Um resultado semelhante não pode ser encontrado no presente estudo possivelmente devido à falta de orientações e de intervenções fonoaudiológicas durante o período de internação hospitalar. Pois, apesar das dificuldades, verificamos que o AME foi possível em alguns casos, com o auxílio e incentivo apropriado¹⁸.

Considerando o vínculo afetivo entre mãe-bebê-família, todos os pais puderam tocar os filhos na UCIN. Quando os pais têm a oportunidade de visualizar e tocar a criança após o nascimento, é muito útil para o vínculo afetivo, o apego, e assim, para favorecer o desenvolvimento. Em alerta, o RN realiza as tentativas de contatos verbais e físicos com os pais. Em um estudo realizado com nove mães no sul do Brasil, as participantes da pesquisa descreveram o primeiro toque no RN como prazeroso e positivo, após o medo e a insegurança, elas disseram ainda que os sentimentos ao tocarem se modificam, tornando-se inexplicáveis e emocionantes¹⁹.

Todos os pais puderam colocar o RNBP em contanto pele a pele (posição canguru) na unidade de cuidados especiais. Acredita-se que, por meio do contato pele a pele, haja um vínculo muito maior entre os pais e o filho, o que contribui para o desenvolvimento psicomotor dos RNs, principalmente dos RNBP. Em uma pesquisa, os participantes relataram que tocar o bebê foi uma experiência positiva, mas a posição canguru superou o ato de apenas tocar. Eles ainda reconheceram que o toque e a posição canguru favoreceram a aproximação com seus filhos¹⁷.

No presente estudo, a mãe realizou a posição canguru em todos os RNBP. A posição canguru deve ocorrer de forma que seja prazerosa e estimulante, para a formação dos laços afetivos, promovendo calor, amor e estímulos pelo tempo que ambos sentirem-se bem. Todos os RNBP foram mantidos na posição por menos de seis horas por dia. Um estudo apontou que quanto mais dias de internação hospitalar e mais horas as mães realizarem a posição, e quanto maior o

tempo de posição canguru, mais favorece as tentativas de contato físico do filho com a mãe²⁰.

Por outro lado, os pais dos RNBP não participaram do método. Mas, é importante sua participação para aproximação pai/filho, na formação do vínculo afetivo entre eles, assim como a contribuição paterna na recuperação do filho e os cuidados necessários. Pois, o bebê precisa de uma atenção maior e a mãe, algumas vezes, apresenta dificuldades em realizar o MC relacionadas à hospitalização e a distância do lar^{5,11}.

Além do que, algumas informações importantes para caracterização do vínculo mãe-bebê-família não foram localizadas no prontuário, em virtude do MC ainda está sendo implantado no hospital público de referência. E, por essa razão, ainda não existe nenhum registro nos prontuários sobre essas informações. A relevância de tais dados se dá porque poderiam ser direcionadores do tempo de presença dos pais na unidade e dos cuidados realizados por eles ao RNBP. Registros incompletos podem trazer impacto negativo na assistência, visto que não se tem como deter os resultados obtidos após a assistência prestada e isso limita o desenvolvimento de estudos retrospectivos. Um estudo realizado com 19 profissionais de saúde no Distrito Federal evidenciou que o déficit de recursos humanos no MC acarreta falta de motivação para execução das funções dos profissionais. A maioria deles vincula o MC apenas à posição canguru, e a ausência de informações nos registros do MC pode estar relacionada à falta de adesão e treinamento da equipe²¹.

Quanto às vantagens para o RNBP obtidas com a utilização do MC, verificou-se que reduziu o tempo de separação e facilitou o vínculo mãe-pai-filho. O MC é

um modelo de cuidado propulsor da aproximação mãe-pai-filho, servindo para diminuição no tempo de separação, o relacionamento da família com o filho contribui para a formação da identidade materna e paterna. A utilização do MC propicia o fortalecimento do vínculo afetivo, pois beneficia a criação de um clima onde os pais se tornam progressivamente mais conscientes das necessidades de seus filhos, os tornando mais propensos a um cuidado sensível²².

Na amamentação, com o uso do método, aumentou a frequência, a periodicidade e duração com livre demanda. O MC está associado à promoção do aleitamento materno, contribuindo com o aumento do volume do leite produzido, com a ampliação do período de amamentação e com o desenvolvimento nutricional. Melhorando a incidência e a efetividade do aleitamento materno inicial e duradouro. Auxiliando positivamente no processo de sucção e atuando como facilitador do AME. Além disso, o AME é um dos principais impactos positivos no que diz respeito aos cuidados essenciais para o desenvolvimento do bebê²³.

A utilização do método melhorou o ganho de peso do RN. Em um estudo com dois grupos, onde um recebeu os cuidados canguru e o outro não, constatou-se que o grupo canguru apresentou altas taxas de crescimento, significativamente maiores que o outro grupo, principalmente maior ganho de peso¹².

Assim como, possibilitou ao RN adequado controle térmico, melhorou a frequência respiratória e a oxigenação. Um estudo realizado em Minas Gerais com RNPT/BP demonstrou um declínio estatisticamente significativo na frequência respiratória e no grau de dificuldade respiratória. Além disso, a técnica também estabilizou a saturação

periférica de oxigênio. Descobriram também, que a posição canguru ajudou a regular a temperatura corporal dos RNs²⁴.

O uso do método reduziu ainda o estresse, a dor, o choro e estabilizou os batimentos cardíacos. Os profissionais participantes do MC reconheceram que o método pode ser considerado um suporte para alívio da dor e os achados em um estudo comprovam a efetividade do contato pele a pele como uma estratégia não farmacológica para alívio da dor. Outro estudo verificou que a posição canguru diminui a sensação dolorosa diante de inúmeras intervenções. E, em outro estudo, onde a duração do choro, a mímica facial e a frequência cardíaca foram analisadas, houve uma redução da frequência cardíaca. Os bebês se acalmaram, em reposta a melhora da dor, e diminuíram o nível de estresse e de choro^{7,13,25}.

Conclusão

Portanto, o MC é uma estratégia de atenção humanizada ao RNBP, passível de aplicação. Através do estudo a sua utilização mostrou-se eficaz ao constatar que para a maioria a alimentação foi através de fórmula, com o tempo a maioria também mamou no peito na unidade canguru e somente a minoria saiu de alta hospitalar em AME; que os pais puderam tocar e colocar o filho em contato pele a pele; e que os benefícios alcançados foram redução do tempo de separação e facilitação do vínculo mãe-pai-filho, estímulo ao aleitamento materno, ao RN redução do estresse, da dor, do choro, adequado controle térmico, ganho de peso ponderal e manutenção dos sinais vitais.

Através das limitações encontradas no estudo, verifica-se que a proposta MC precisa ser melhor acompanhada e descrita por meio de registros

fidedignos. Uma possível alternativa para qualificar o atendimento, consiste nos profissionais seguirem o Procedimento Operacional Padrão (POP) do MC na unidade, o hospital público de referência implantar um impresso específico para os profissionais registrarem os procedimentos realizados no MC e treinamento da equipe, através do manual técnico do MC, cujo objetivo é habilitar profissionais na humanização dos cuidados hospitalares e ambulatoriais à gestante, à puérpera e ao RNBP.

Futuros estudos poderiam investigar o tempo de permanência dos pais com o RNBP, os cuidados que podem realizar com o mesmo enquanto estão nas unidades e a participação paterna no MC, visto que os pais têm participação ativa e fundamental na proposta brasileira, mas ainda não se incluem no método.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2013; 2ª ed., módulo 1, p.11-18. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em 16 out 2019.
2. Stelmak AP, Freire MHS. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. Rio de Janeiro: Rev Pesq: Cuidado é Fund Online. 2017; 9(3):795-802.
3. Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelosm CL, Silva TC, Barreto IDC, et al. Tempo de transição alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do método canguru. São Paulo: Rev CoDAS. 2018; 30(2):e20170092.
4. Nunes NP, Pessoa UML, Bucharles DG, Alverne M, Sá FE, Carvalho EM. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. Fortaleza: Rev Bras Promoç Saúde. 2015; 28(3):387-393.
5. Rolim KMC, Santos MSN, Magalhaes FJ, Albuquerque FHS, Frota MA, Fernandes HIVM, et al. A relevância do método mãe-canguru na formação do vínculo afetivo: percepção paterna. Fortaleza: Atas CIAIQ. 2018; 2(7):1437-1445.
6. Ely VHMB, Cavalcanti PB, Silviera JTT, Klein MF, Junior AS. Atributos ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto método canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. Porto Alegre: Ambiente Construído. 2017; 17(2):119-134.
7. Santos MH, Filho FMA. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascido pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. Brasília: Universitas: Ciênc Saúde. 2016; 14(1):67-76.
8. Sales IMM, Santos JDM, Rocha SS, Gouveia MTO, Carvalho NAR. Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do método canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. Rio de Janeiro: Esc Anna Nery. 2018; 22(4):220180149.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2017; 3ª ed., módulo 1, p.11-28. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>. Acesso em 20 fev 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.683, de 12 de Julho de 2007. Altera a Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000, que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. nº 129-E. Diário Oficial da União; Brasília (DF): 6 de julho de 2000. Seção 1, p.15. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em 09 de mar 2019.
11. Oliveira MC, Locks MOH, Girondi JBR, Costa R. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. Rio de Janeiro: Rev Pesq: Cuidado é Fund Online. 2015; 7(3):2939-2948.
12. Zirpoli DB, Mendes RB, Barreiro MSC, Reis TS, Menezes AF. Benefícios do método canguru: uma revisão integrativa. Rio de Janeiro: Rev Pesq: Cuidado é Fund Online. 2019; 11(n. esp):547-554.
13. Gesteira ECR, Braga PP, Nagata M, Santos LFC, Hobl C, Ribeiro BG. Método canguru: benefícios e desafios experienciados por

profissionais de saúde. Santa Maria: Rev Enferm UFSM. 2016; 6(4):518-528.

14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: Guia de avaliadores externos. Brasília: Ministério da Saúde. 2002; 1ª ed., módulo 9, p.19-49. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_baixo_peso_metodo_canguru_gui_a_valiadores_externos.pdf>. Acesso em 09 mar 2019.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. nº 12. Diário Oficial da União; Brasília (DF): 13 de junho de 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em 25 mar 2019.

16. Farias SR, Dias FSB, Silva JB, Cellere ALLR, Beraldo L, Carmona EV. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. Goiânia: Rev Eletr Enferm. 2017; 19:a15.

17. Dantas JM, Leite HC, Querido DL, Esteves APVS, Almeida VS, Haase MMMC, et al. Percepção das mães sobre a aplicabilidade do método canguru. Recife: Rev Enferm UFPE. 2018; 12(11):2944-51.

18. Melo AM, Martins TGS, Santos TL, Silva AS, Santos NNS. Perfil alimentar e desenvolvimento motor oral dos neonatos nascidos com baixo peso. São Paulo: Rev CEFAC. 2016; 18(1)86-94.

19. Heck GMM, Lucca HC, Costa R, Junges CF, Santos SV, Borck M. Compreensão do sentimento

materno na vivência no método canguru. Santa Maria: Rev Enferm UFSM. 2016; 6(1):71-83.

20. Nunes CRN, Campos LG, Lucena AM, Pereira JM, Costa PR, Lima FAF, et al. Relação da duração da posição canguru e interação mãe-filho pré-termo na alta hospitalar. São Paulo: Rev Paul Pediatría. 2017; 35(2):136-143.

21. Souza JR, Ribeiro LM, Vieira GB, Guarda LEDA, Leon CGRMP, Schardosim JM. Método canguru na perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade de neonatologia. Brasília: Enferm Foco. 2019; 10(2):30-35.

22. Bilotti CC, Gomes ES, Bianchi AB, Bolsoni LLM, Santos SMA, Bernuci MP. Método mãe canguru para recém-nascidos de baixo peso: revisão da literatura. Maringá: Rev Saúde Pesq. 2016; 9(3):587-595.

23. Lopes TRG, Oliveira SS, Pereira IRBO, Romeiro IMM, Carvalho JBL. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. Recife: Rev Enferm UFPE. 2017; 11(11):4492-7.

24. Defilipo EC, Chagas PSC, Nogueira CCL, Ananias GP, Silva AJ. Kangaroo position: Immediate effects on the physiological variables of preterm and low birth weight newborns. Curitiba: Fisiot Movimento. 2017; 30(Suppl 1):S219-27.

25. Lotto CR, Linhares MBM. Contato “pele a pele” na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. Ribeirão Preto: Temas em Psicologia. 2018; 26(4):1699-1713.