



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

TAISSA PAIVA VIEIRA

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA APLICAÇÃO DO MÉTODO
CANGURU: revisão integrativa**

São Luís
2017

TAISSA PAIVA VIEIRA

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA APLICAÇÃO DO MÉTODO

CANGURU: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia Teresa Frias Rios.

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

VIEIRA, TAISSA PAIVA.

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA APLICAÇÃO DO MÉTODO CANGURU:
: revisão integrativa / TAISSA PAIVA VIEIRA. - 2017.
49 f.

Orientador(a): CLÁUDIA TERESA FRIAS RIOS.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2017.

1. FAMÍLIA. 2. MÉTODO. 3. MÉTODO CANGURU. I. RIOS,
CLÁUDIA TERESA FRIAS. II. Título.

TAISSA PAIVA VIEIRA

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA APLICAÇÃO DO MÉTODO CANGURU: revisão
integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Cláudia Teresa Frias Rios (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Ms. Maria do Carmo Rodrigues Araújo
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Á Deus minha razão de viver.

Á minha família, por todo amor e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus, que é tudo para mim, meu ajudador e minha fortaleza para superar todas as dificuldades ao longo desse caminho. Pelo seu amor incondicional e as suas misericórdias, sem as quais não chegaria até aqui e pela dádiva em permitir a realização de um sonho.

A Universidade Federal do Maranhão, ao Departamento de Enfermagem e demais departamentos, juntamente com o corpo docente, por toda dedicação, conhecimentos e ensinamentos compartilhados que serão eternizados. Ao Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil e demais campos de prática e estágio. A todos os profissionais e técnicos que contribuíram na minha vida acadêmica.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Cláudia Teresa Frias Rios, pela orientação, apoio, paciência com a minhas falhas e conhecimentos compartilhados.

À minha banca Prof.^ª Dr^ª Lena Maria Barros Fonseca e a Prof^ª Ms. Maria do Carmo Rodrigues Araújo por terem aceitado estar comigo nesta etapa da minha vida, pelas correções e sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À minha querida mãe, Telma Paiva Vieira, minha heroína e meu orgulho, por cada conselho e palavra de incentivo que me inspiraram a prosseguir.

À minha irmã, Talita Paiva Vieira, por ser a resposta de Deus para as minhas orações e por todo apoio concedido.

Ao meu pai, Carlos Henrique Nascimento Vieira, pelo seu amor e suporte constante.

Ao meu futuro esposo, Alan Bruno Quadros Machado, por todo auxílio e carinho.

A minha família que é meu porto seguro, lugar de descanso, por todo apoio e amor dedicado a mim. E por sempre acreditar em mim, até quando eu mesma não acreditei.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse sonho se tornasse realidade.

"A vida é combate que os fracos abate, que os fortes, os bravos só pode exaltar".

Gonçalves Dias.

RESUMO

O Método Canguru (MC), que foi elaborado na Colômbia, em 1979, é um modelo de assistência perinatal direcionado para o cuidado humanizado destinado ao recém-nascido pré-termo (RNPT), contemplando estratégias de intervenção biopsicossocial e dando lugar a uma maior participação dos pais e da família nos cuidados com o neonato. O estudo em questão, trata-se de uma revisão integrativa e a coleta de dados foi realizada em duas bases de dados: A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) nos últimos 5 anos e ao final 8 artigos compuseram a amostra deste estudo. Os resultados demonstraram como se deu a inserção da família neste contexto e a importância da família na aplicação do MC, assim como revelaram as questões inerentes à essa participação. Além de demonstrar a existência de unanimidade por parte dos autores, na constatação de que o MC contribui positivamente na recuperação do RNPT e/ou RNBP em vários âmbitos. E, que indubitavelmente não só a mãe como toda família são indispensáveis na execução deste método.

Palavras-chave: Método canguru; participação da família

ABSTRACT

The Kangaroo Method (MC), which was elaborated in Colombia in 1979, is a model of perinatal care directed towards the humanized care for the preterm newborn (PTNB), contemplating biopsychosocial intervention strategies and giving rise to a greater Participation of parents and the family in the care of the newborn. The study in question is an integrative review and data collection was carried out in two databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Electronic Library Electronic Scientific Online Library (SciELO) In the last 5 years and at the end 8 articles composed the sample of this study. The results showed how the insertion of the family in this context and the importance of the family in the application of MC, as well as revealed the issues inherent to this participation. In addition to demonstrating the existence of unanimity on the part of the authors, in the finding that the MC contributes positively to the recovery of the PTNB and / or BNPF in several scopes. And, undoubtedly, not only the mother as the whole family are indispensable in the execution of this method.

Key words: Kangaroo method; Family participation

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AHRBP	-	Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso
AT	-	Atenção Básica
CF	-	Constituição Federal
DeCS	-	Descritores em Ciências da Saúde
IMIP	-	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	-	Método Canguru
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PMC	-	Programa Mãe Canguru
RN	-	Recém- Nascido
RNPT	-	Recém Nascido Pré-termo
RNBP	-	Recém Nascido Baixo Peso
Scielo	-	Biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online
SP	-	São Paulo
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO.....	18
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 Local de estudo	19
3.3 Participantes do estudo.....	19
3.4 Análise de dados.....	20
3.5 Aspectos éticos	20
3.6 Coleta de dados	20
4 RESULTADOS	21
4.1. Análise e síntese dos artigos.....	25
4.1.1 Quanto ao ano.....	25
4.1.2 Quanto ao idioma	25
4.1.3 Quanto ao periódico de publicação	26
4.1.4 Quanto ao objetivo	26
4.1.5 Quanto à conclusão	27
5. DISCUSSÃO	29
5.1 A inserção da Família no Programa Mãe- Canguru	29
5.2 A modificação da Dinâmica Familiar frente ao RNPT e/ou RNBP.....	30
5.3. O papel legal da família na garantia dos direitos da criança	32
5.4. Os conflitos que permeiam a atuação da mãe/mulher no MC.....	33
5.5 A função da mãe inserida no MC na realização do Aleitamento Materno .	36
5.6 A participação dos profissionais de saúde na viabilização da atuação familiar no Método Canguru.....	37
5.7. As consequências da atuação familiar no Método Canguru.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, através da ideia intitulada de Mãe Canguru pelos seus precursores, foi recomendado posicionar previamente o RNBP em constante contato pele a pele com o seio materno. A proposta era de aprimorar a assistência destinada ao RNPT, minimizar as despesas com assistência perinatal e propiciar maior vínculo afetivo, estabilidade térmica e melhor desenvolvimento deste RN. Desta forma, haveria “alta hospitalar precoce” e o acompanhamento ambulatorial seria um dos alicerces essenciais no seguimento das crianças, que no ambiente domiciliar deveriam prosseguir na “posição canguru”. Por esse motivo, utilizou-se o vocábulo, “Mãe Canguru”(SANCHES, 2015), devido à forma das mães carregarem seus filhos após o nascimento, semelhantemente a classe mamíferos chamada de marsupiais (VENANCIO, 2004), onde o animal mais conhecido é o canguru. Dessa forma, a prática de carregar o RNPT de encontro a região torácica da mãe teve visibilidade mundial, tendo seguidores e oponentes, que é comum em todo o processo para implantação de uma inovação tecnológica (BRASIL, 2011, pg13).

Houve um confronto: “canguru x incubadora”. Existiam alguns seguidores cuja ideia inicial era confrontar, com o tecnicismo elaborado para a assistência do RNPT, trocando dessa maneira a “máquina e o especialista” pelo “humano e familiar”. A complicação para aquisição de verbas necessárias para a saúde, trouxe a possibilidade de se utilizar um “método de salvação” e menos dispendioso. Essa perspectiva estigmatizou-o por muito tempo como uma alternativa de minimização dos gastos com a assistência neonatal identificada pelos países de terceiro mundo (SANCHES, 2015). Posteriormente, foi denominado Método Canguru.

O Método Canguru (MC), foi criado na Colômbia, em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez é um modelo de assistência perinatal direcionado para o cuidado humanizado destinado ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e que contempla estratégias de intervenção biopsicossocial e dar lugar a uma maior participação dos pais e da família nos cuidados com o neonato (BRASIL, 2011).

No Brasil, o surgimento conceitual acerca do Método Canguru ocorreu na década de 90. Essa atividade foi aderida por um Hospital localizado em Santos (SP), desde 1991, em uma enfermaria de pequeno porte para alojamento do binômio mãe-bebê. E, em 1997, a instituição que atualmente foi denominado IMIP, ficou entre os finalistas do concurso de projetos sociais com o projeto a “Enfermária Mãe Canguru (BRASIL, 2011).

Tendo em vista, esses e outros marcos, alguns hospitais da região norte-nordeste, estabeleceram parâmetros variados, para uso da posição canguru destinadas às “mães e bebês pré-termo”. Isto impulsionou o MS, através da Área Técnica de Saúde da Criança, para notar e verificar essa nova corrente instituída e sugerir regras para a sua aplicação (BRASIL, 2015).

Entretanto, apenas em 1999 que o Ministro da Saúde (MS) exibiu a Norma de Atenção Humanizada à comunidade científica brasileira. No ano subsequente, em 2000, a Portaria SAS/MS nº 72 do MS foi publicada, incorporando na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o procedimento de Atendimento ao RNBP (BRASIL, 2002).

Nesse mesmo ano, em 5 de julho, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 693 aprovando a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Posteriormente, em 12 de julho de 2007, essa portaria foi atualizada com a publicação da Portaria nº 1.683 (BRASIL, 2014, p. 08).

Esta norma engloba informações sobre peculiaridades físicas e biológicas e das necessidades específicas de cuidados técnicos e psicológicos do casal grávido, da gestante, da mãe, do pai, do RNBP e de toda a sua família (BRASIL, 2011). Estabeleceu-se uma norma para orientar a aplicação do Método Canguru no Brasil, sobreveio a necessidade de uma articulação estratégica para a sua execução nos hospitais localizados no território brasileiro. Para tal fim, constituiu-se uma nova equipe de trabalho em que se analisou a instituição de centros de referência, a princípio cinco, distribuídos de modo estratégico pelo País. Os centros de referência nacional tinham a responsabilidade de transmitir a metodologia, através de cursos com carga horária de 40 horas, para equipes de profissionais multidisciplinares oriundos de diferentes hospitais (BRASIL, 2014).

Os primeiros centros de referência e capacitação estabelecidos foram: IMIP, em Recife/ PE; Maternidade Escola Assis Chateaubriand juntamente com o Hospital César Cals, em Fortaleza/CE; Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís/MA; cinco maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, compondo um centro único de capacitação; e Hospital Universitário de Santa Catarina, em Florianópolis/SC. Em seguida, dois novos centros de referência foram incorporados, um localizado em Brasília, Hospital Regional de Taguatinga, da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, e outro em São Paulo, Hospital Geral de Itapeverica da Serra, em Itapeverica da Serra/SP (BRASIL, 2011, pg 15).

O Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) localizado no estado do Maranhão, é um dos centros nacionais de referência do Método Canguru. Quando o bebê é internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sua mãe é orientada pela equipe multiprofissional que formam um elo, assegurando informações, sanando dúvidas e preparando-a para o ambiente da UTIN. Os pais possuem livre-arbítrio para entrar e permanecer no local. Também é oportunizado aos avós e irmãos a visita ao RN, desde que estejam acompanhados por uma psicóloga e/ou uma assistente social. Os outros familiares e/ou outras pessoas que compõem a rede social da mãe, também podem visitá-la, tendo acesso aos locais de convivência da Unidade Neonatal (SANCHES, 2015).

Os programas de treinamento dos profissionais e a instituição de unidades que desempenhassem o Método Canguru, direcionados pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, do MS, aumentaram rapidamente, modificando os moldes da assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2014).

Mesmo após quinze anos desde a sua publicação a referida norma continua não só revolucionando a atenção perinatal de qualidade no País, mas realizando um trabalho constante de implantação e implementação dessa proposta de melhoria do cuidado perinatal dos serviços de neonatologia trazendo impactos nos indicadores de saúde perinatal. Destaca-se, além da redução da mortalidade, uma série de vantagens evidenciadas em publicações científicas, entre elas um melhor desenvolvimento neuropsicomotor (SANCHES, 2015) o reconhecimento do valor de estimular a família no que tange ao cuidado aos bebês no ambiente hospitalar e domiciliar, instruindo-as sobre os passos iniciais da lactação, as técnicas de alimentação auxiliares à amamentação, os procedimentos básicos de higienização pessoal e do bebê, o vínculo pais-bebê, as formas de contato com o

recém-nascido em cada fase do método, na observação dos sinais de risco para o bebê quando na posição pele a pele, os fatores e os sinais de risco comportamentais para a mãe no pós-parto (BRASIL, 2011).

Este método configura-se em uma estratégia bastante eficaz para propiciar o contato precoce entre o Recém Nascido de Baixo Peso (RNBPN) e sua mãe/familiar, promovendo o estabelecimento do vínculo, estimulando a produção láctea, além de acarretar em benefícios neurossensoriais, menores taxas de morbimortalidade neonatal, índices de infecção e o tempo de internação desses neonatos (SANTANA, 2016).

É importante esclarecer que o termo recém-nascido pré-termo (RNBPN) é utilizado pra referir-se á bebês com peso até 2.500g e os recém nascidos pré-termo (RNPT) á bebês com idade gestacional menor que 37 semanas ao nascimento(Brasil, 2011).

Os pais de prematuros são considerados um grupo de risco, pois já ficam debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez. Assim, encontram-se prejudicados na autoconfiança e, conseqüentemente, na capacidade de criar esse filho (BORCK , 2012, p.02).

De acordo com Nyqvist et al (2010), os pais que se tornam colaboradores nos cuidados com o bebê, geram a modificação do transtorno do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais satisfatória para toda família.

As vantagens proporcionadas ao RN pelo acompanhamento da mãe, do pai e demais integrantes da família são extensivamente identificadas e discutidas pela literatura especializada (BERNARDO, 2015).

Deste modo, a intenção com este estudo é de investigar sobre a participação da família na aplicação do Método Canguru, que é desenvolvido em três etapas:

(...) a primeira inicia-se no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Na segunda o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A última etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial (BRASIL, 2011).

No tocante a primeira etapa do método, o fato de ter um recém-nascido em uma condição debilitante que é o baixo-peso ao nascer e ao mesmo tempo hospitalizado, é um fator estressante para qualquer pai, mãe e para sua respectiva

rede de apoio social e familiar. Mesmo diante desta problemática, a família deverá unir forças para fornecer todo apoio necessário ao binômio mãe- bebê.

Por isso que a equipe multiprofissional é capacitada e treinada para acolher e orientar não só os pais como a família na Unidade Neonatal, visto que a atuação dos pais e da família é considerada relevante para o bem-estar do bebê (BRASIL, 2011).

Na segunda etapa, a mãe deverá dedicar-se exclusivamente ao RN e por isso as suas obrigações cotidianas fora do contexto hospitalar que se choquem com as suas responsabilidades junto ao RN deverão ser suspensas pelo tempo que for necessário. Para tal, o pai e a família deverão oferecer todo suporte necessário.

Na última etapa, a família deverá estimular a mãe e o pai para que abstenham-se da introdução de hábitos maléficos para o bebê e sigam rigorosamente as orientações concedidas pela equipe de saúde. Além de propiciar a continuidade do cuidado ao bebê no segmento ambulatorial e/ou no ambiente domiciliar.

Esta temática é relevante, pois no mundo, todo ano ocorre o nascimento de 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso e desse contingente, um terço vai a óbito antes de atingir um ano de vida (BRASIL, 2011) e este elevado número de neonatos de baixo peso ao nascimento constitui um importante problema de saúde e representa uma alta taxa na morbimortalidade neonatal, gerando graves consequências médicas e sociais.

Além do mais, trata-se de um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e apresenta inúmeros benefícios para os RN's, mães, famílias, profissionais e, até mesmo, para os serviços de saúde por ser uma tecnologia barata utilizada para a assistência ao recém-nascido internado em Unidade Neonatal.

O estudo desta temática é indispensável para o campo da saúde, porquanto poderá estimular as famílias a refletir sobre a necessidade da sua participação na aplicação do Método Canguru, e também poderá subsidiar novas investigações acerca do assunto.

Considerando a significância do MC, surgiu o interesse por este tema a partir da vivência na Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) no Hospital Universitário Materno-Infantil durante a prática hospitalar da disciplina de Saúde da

Criança do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, onde foi possível visualizar os desafios enfrentados pelos pais e pela família na aplicação do Método em questão. O que nos leva a investigar como se dá a participação da família nesta fase singular, além de entender a importância do método canguru, apreciar o desenvolvimento do mesmo e almejar esta área de atuação.

2 OBJETIVO

- Realizar um levantamento na produção científica sobre a participação da família na aplicação do método canguru.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite, a partir do resumo de vários estudos, a identificação do estado do conhecimento de um determinado assunto e das lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novas pesquisas, possibilitando, dessa maneira, o alcance de conclusões mais gerais a respeito de uma particular área do saber.

Para orientar o desenvolvimento desta revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora: que evidências os estudos publicados trazem sobre a participação da família na aplicação do método canguru?

Para realização desta revisão integrativa, as seguintes etapas foram seguidas de acordo com o a proposta de Ganong (1987):

- 1) Elaboração da pergunta de pesquisa
- 2) Seleção da amostra na literatura
- 3) Coleta de dados
- 4) Análise crítica dos achados
- 5) Discussão dos resultados
- 6) Apresentação de forma clara a evidência encontrada

3.2 Local de estudo

Realizou-se o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO).

3.3 Participantes do estudo

O processo de seleção foi orientado pelos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis integralmente online, publicados em língua portuguesa, e espanhola e a partir do ano 2012 que apresentem a temática proposta no título,

resumo ou descritores. Foram excluídos artigos em duplicidade, publicados em outros idiomas, que antecedessem o ano de 2012 e aqueles que não abordaram diretamente a temática proposta.

3.4 Coleta de dados

Como estratégias de investigação para coleta de dados, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): método canguru and família.

Realizou-se a leitura de cada resumo/artigo, selecionando o que correspondiam ao objetivo traçado, assim como os critérios de inclusão. Procedeu-se á leitura dos artigos na íntegra para organização e tabulação dos dados, através do instrumento de coleta de dados contemplando: título, autor, idioma, periódico de publicação, objetivo de estudo e conclusão.

3.5 Aspectos éticos

A presente revisão integrativa assegura os aspectos éticos, respeitando a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, o projeto passou pelo Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para obtenção da aprovação.

3.6 Análise de dados

No decorrer da análise crítica dos artigos, foram reunidos em quadros os conteúdos semelhantes para construção das categorias de discussão dos resultados. Ao final, foram apresentadas as evidências descobertas.

4 RESULTADOS

Na Literatura Latino-Americana em ciências da saúde (LILACS) encontrou-se 13 artigos dos quais seis foram publicados entre o ano de 2003 à 2010 e um não apresentava o texto na íntegra motivo pelo qual foram excluídos da amostra. Na Scientific Electronic Library Online (SciELO) foram encontrados 22 artigos dos quais 19 foram publicados entre o ano de 2003 á 2010 e um encontrava-se na “LILACS” sendo, portanto excluídos da amostra. Ao final 8 artigos compuseram a amostra da pesquisa.

Os resultados foram apresentados através de um quadro composto por: ano, título, autor, idioma, periódico de publicação, objetivo e conclusão. Posteriormente realizou-se a análise e interpretação dos dados obtidos.

Nº: I	ANO: 2012
Título: Enfermedades más frecuentes de los neonatos del programa familia canguro de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín en el periodo de junio a diciembre de 2009.	
Autor: Alberto Rafael Vargas García, Katerine Uribe Hernández, Juan Pablo Estrada Quintero, Maribel Torres García, Paula Andrea Acevedo Monsalve e Dora Isabel Giraldo.	
Idioma: Espanhol	
Periódico de publicação: Medicina U.P.B.	
Objetivo: Identificar las enfermedades más frecuentes de los niños del programa familia canguro, así como los antecedentes sociodemográficos y ginecobstétricos de la madre y características relacionadas con el recién nacido.	
Conclusão: El estudio mostró una baja frecuencia de enfermedades en los neonatos del programa madre-canguro de la Clínica Universitaria Bolivariana.	

Nº: II	ANO: 2012
Título: Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costa eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer	
Autor: Jenny P. Lizarazo-Medina, Juan M. Ospina-Diaz e Nelly E. Ariza-Riaño	
Idioma: Espanhol	
Periódico de publicação: Rev. salud pública	
Objetivo: Descrever a eficácia e os resultados do Programa Mãe-Canguru sobre o desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso ao nascer	
Conclusão: Verificou-se que a metodologia do Programa Mãe-Canguru melhora substancialmente os aspectos psicológicos da mãe e o prognóstico de saúde dos recém-nascidos e permite a estabilização da temperatura do corpo, da taxa de ganho de peso, diminuindo os riscos de complicações e infecção nosocomial. Ele também reduz os custos de cuidados e permanência hospitalar.	
Nº: III	ANO: 2012
Título: Método canguro: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de roy	
Autores: Márcia Borck e Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Escola Ana Nery(imp.)	
Objetivo: Investigar a experiência no processo de adaptação de seis famílias na terceira etapa do Método Canguru com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e implementar a consulta de enfermagem dentro dos quatro modos adaptativos da Teoria de Roy.	
Conclusão: Os resultados mostram a necessidade de fortalecer o papel da família na desospitalização e a comunicação entre a equipe interdisciplinar e rever critérios de alta da terceira etapa. Este estudo evidencia a terceira etapa como oportunidade para retroalimentar o sistema de cuidado e apoiar as famílias para sobrepuem seus conflitos, preocupações, medos, inseguranças e o próprio comportamento imaturo do bebê.	

Nº: IV	ANO: 2013
Título: Gestalt, Grupoterapia e Arte: A ressignificação do bebê pré-termo em unidade neonatal	
Autores: Katerina Czajkowska Braga de Moraes; Tathyane Gleice da Silva; Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros e Camila Martins Vieira.	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Revista da Abordagem Gestáltica	
Objetivo: Favorecer o processo de ressignificação do bebê, ao identificar as dificuldades subjetivas na relação família-bebê pré-termo; estimular os familiares à compreensão do bebê enquanto sujeito e facilitar a emergência do potencial criativo familiar frente à prematuridade	
Conclusão: A análise fenomenológica interpretativa dos dados revelou que a terapia pela arte favorece um espaço potencial para o bebê ser posicionado por sua família como sujeito, viabilizando a relação dialógica, com novas significações em torno do recém-nascido pré-termo. Portanto, essa psicoterapia de grupo na unidade neonatal surge como uma proposta de intervenção à psicologia no contexto de fortalecimento do Método Canguru no Brasil.	
Nº: V	ANO: 2013
Título: Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru	
Autores: Luciano Marques dos Santos, Renata Andrade de Moraes, Juliana de Oliveira Freitas Miranda, Rosana Castelo Branco de Santana, Verônica Mascarenhas Oliveira e Felipe Souza Nery	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online	
Objetivo: Analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do Método Canguru (MC) e conhecer como o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho através da posição canguru colabora com esta vivência.	
Conclusão: A realização da posição canguru proporcionou a expressão de sentimentos relacionados à felicidade da puérpera ao se perceber uma verdadeira mãe, já que pode participar de forma indireta do cuidado do filho e promover condições para o seu desenvolvimento.	

Nº: VI	ANO: 2015
Título: Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru	
Autores: Luana Cláudia dos Passos Airesa, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Roberta Costab, Márcia Borckc e Zaira Aparecida de Oliveira Custódio	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Revista Gaúcha de Enfermagem	
Objetivo: Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família e a interface com a terceira etapa do Método Canguru	
Conclusão: A participação da Atenção Básica no Método Canguru ainda é tímida, o cuidado prestado ao bebê pré-termo é permeado de insegurança e ainda focado no modelo biomédico.	
Nº: VII	ANO: 2015
Título: A centralidade do feminino no método canguru	
Autores: Fabiula Renilda Bernardo e Luciana Patrícia Zucco	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Revista Latinoamericana	
Objetivo: O estudo tem como objeto de reflexão os discursos sobre o Método Canguru em revistas científicas do campo materno-infantil. Tal estudo, de abordagem qualitativa e de natureza bibliográfica, foi realizado no período de novembro de 2013 a novembro de 2014. A coleta de dados foi feita em três periódicos: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Jornal de Pediatria e Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	
Conclusão: Os resultados reafirmaram o cuidado centralizado na figura da mulher/mãe e apontaram para a ausência das discussões de gênero na literatura sobre o Método Canguru, bem como para o lugar coadjuvante do pai como cuidador, que terminologicamente é denominado de família. Ademais, os dilemas que envolvem o feminino e a família são residualmente discutidos pelos artigos.	

Nº: VIII	ANO: 2016
Título: Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência	
Autores: Maria Da Conceição Carneiro Pessoa-Santana, Bruna Lima Da Silveira, Isabel Cristina Da Silva Santos, Mércia Lisieux Vaz Da Costa Mascarenhas e Poliana Garrote Canuto Dias.	
Idioma: Português	
Periódico de publicação: Revista Brasileira de Ciências da Saúde	
Objetivo: Descrever os métodos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o seio materno, em recém-nascidos pré-termo participantes da segunda etapa do Método Canguru de uma maternidade pública referência em alto risco de Alagoas, expondo as vantagens e desvantagens desses métodos.	
Conclusão: É importante a realização de uma assistência acolhedora com foco ampliado, que não considera apenas o recém-nascido, mas a família, além do fortalecimento de uma rede de apoio a esse binômio para manutenção de uma amamentação exclusiva por período satisfatório em domicílio	

4.1. Análise e síntese dos artigos

4.1.1. Quanto ao ano

Percebeu-se a existência de poucos artigos publicados nos últimos cinco anos, especialmente no ano de 2016. Evocando assim, a necessidade de mais artigos científicos que abordem esta temática.

- 03 artigos de 2012;
- 02 artigos de 2013;
- 03 artigos de 2015;
- 01 artigo de 2016.

4.1.2. Quanto ao idioma

- 06 artigos em Português;
- 02 artigos em Espanhol;

4.1.3. Quanto ao periódico de publicação

Percebeu-se que há uma variedade de categorias profissionais na elaboração dos artigos, tais como: acadêmico de medicina, acadêmicos de enfermagem, fonoaudiólogo, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Entretanto, houve predominância dos profissionais da enfermagem. Além disso, cada artigo científico foi publicado em uma revista diferente.

- 01 artigo publicado na Revista da Abordagem Gestáltica;
- 01 artigo publicado na Revista LatinoAmericana;
- 01 artigo publicado na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem;
- 01 artigo publicado na Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online;
- 01 artigo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde;
- 01 artigo publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem;
- 01 artigo publicado na Revista de Salud Pública;
- 01 artigo publicado na Revista U.P.B;

4.1.4. Quanto ao objetivo

- Favorecer o processo de Ressignificação do bebê
 - Descrito no artigo: IV
- Refletir sobre os discursos acerca do Método Canguru em Revistas Científicas do Campo Materno- Infantil
 - Descrito no artigo: VII
- Descrever os métodos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o seio materno.
 - Descrito no artigo: VIII
- Investigar o processo de adaptação de famílias na terceira etapa do Método Canguru
 - Descrito no artigo: III
- Analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do Método Canguru.
 - Descrito no artigo: V

- Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do RPT e/ou RNBP e a sua família
 - Descrito no artigo: VI
- Identificar as enfermidades mais frequentes das crianças do Programa Família Canguru.
 - Descrito no artigo: I
- Descrever a eficácia e os resultados do Programa Mãe Canguru na saúde e no desenvolvimento de prematuros ou de baixo peso ao nascer.
 - Descrito no artigo: II

4.1.5. Quanto à conclusão

- A importância da utilização metódica e criteriosa dessas técnicas. A importância de uma assistência acolhedora com foco ampliado.
 - Descrita no artigo: VIII
- A baixa frequência de doenças em crianças no Programa Mãe-Canguru.
 - Descrita no artigo: I
- A participação da Atenção Básica no Método Canguru ainda é tímida.
 - Descrita no artigo: VI
- A Terapia pela arte favorece um espaço potencial para o bebê ser posicionado por sua família como sujeito.
 - Descrita no artigo: IV
- A realização da posição canguru proporcionou a expressão de sentimentos relacionados à felicidade da puérpera ao se perceber uma verdadeira mãe.
 - Descrita no artigo: V
- O cuidado no Método Canguru é centralizado na figura da mulher/mãe.
 - Descrita no artigo: VII
- A necessidade de fortalecer o papel da família na desospitalização e rever critérios de alta da terceira etapa.
 - Descrita no artigo: III

- A metodologia do Programa Mãe Ganguru melhora substancialmente os aspectos psicológicos da mãe e prognóstico saúde dos recém-nascidos.

- Descrita no artigo: II

5 DISCUSSÃO

A partir do estudo realizado foi possível organizar os assuntos mais relevantes em algumas categorias apresentadas abaixo.

5.1 A inserção da família no Programa mãe Canguru (Artigos VI, VII e II)

Bernado (2015) afirma que o programa foi inicialmente intitulado de Manejo Racional ao Prematuro e sua Mãe, e posteriormente foi utilizada a nomenclatura Mãe-Canguru em virtude do posicionamento do bebê bem próximo à mãe aparentando a forma como o animal canguru fêmea segura o filhote.

Medina (2012) assim com Aires (2015) cita a nomenclatura Programa Mãe- Canguru (PMC). Acrescentando a informação dos resultados satisfatórios deste método, que exige pouco gasto e possibilita que os serviços de saúde executem a assistência e acompanhamento aos recém-nascidos prematuros ou baixo peso ao nascer.

Afirma ainda que o Programa Mãe Canguru iniciou-se no ano de 1978 tendo como alvo contínuo a participação dos profissionais de saúde na orientação das mães sobre os cuidados com o RN. E que diariamente, instruíam as mesmas sobre o aleitamento materno, nutrição, estimulação e prevenção de doenças. Além de ampliar a capacitação para os pais do RN e ao restante dos membros da família que tivessem o interesse de participar. (MEDINA, 2012).

Aires (2015) aduz que este programa, originado pioneiramente na Colômbia teve sua nomenclatura adaptada no Brasil para Método canguru (MC) no entendimento de que este não afeta apenas a mãe e o neonato, mas toda a família. No Brasil o método visa primordialmente à humanização e qualificação na assistência ao neonato contribuindo para o desenvolvimento integral do RN e o estreitamento dos laços familiares.

Medina (2012) acrescenta que este programa que preconiza o contato precoce pele a pele com a mãe e outros familiares obteve o alcance mundial do mesmo do contexto científico, propiciando a realização de técnicas específicas que tem contribuído positivamente de modo substancial no prognóstico do RN e nas repercussões da sua condição de bebê prematuro.

5.2 A modificação da dinâmica familiar frente ao RNPT e/ou RNBP (Artigos V, III e IV).

Do ponto de vista de Santos (2013) no período gestacional as mulheres imaginam uma realidade perfeita no que tange o nascimento do seu filho, com a vinda de um bebê RN prematuro e/ou de baixo peso há uma modificação em todos os planejamentos familiares, deparando-se com uma realidade diametralmente oposta.

Desta forma, a precipitação do nascimento pode gerar nos pais temor e insegurança, visto que este acontecimento ocorrerá no período em que há o desenvolvimento tanto dos pais quanto do RN, do primeiro quanto ao filho perfeito e do segundo quanto ao ambiente intrauterino. Afetando assim a estrutura familiar, que depara-se com a vivência de luto do filho imaginário (SANTOS, 2013).

Corroborando com essa perspectiva Borck (2012) ressalta a fragilidade dos pais devido os conflitos pela gestação de risco da mãe, somando-se a isto a condição de prematuridade do filho, gerando sentimento de incapacidade para a criação do seu bebê.

Santos (2013) acrescenta que ao se confrontarem com o contexto da prematuridade várias circunstâncias adversas poderão fragilizar a mãe e os familiares, além de acarretar inúmeros problemas, tais como: econômicos e sociais.

Quando a família defronta-se com o fato de que sua presença na Unidade Neonatal irá se perdurar pelo tempo que for preciso, surgiu então a necessidade de se amoldarem á esse novo cotidiano (SANTOS, 2013).

Nestas circunstâncias, há necessidade de intervenção profissional no aspecto emocional da família quando encontra o bebê pela primeira vez, visto que a necessidade de permanência no ambiente hospitalar gera uma sensação de amedrontamento em determinados arranjos familiares e de amedrontamento descanso em outros (SANTOS, 2013).

Santos (2013) acrescenta ainda que geralmente, nessa situação inesperada surge a necessidade de um amplo acompanhamento dos pais pelos profissionais, atendendo-os em todos os âmbitos tais como os sociais, emocionais e psicológicos. Aduz que o Método Canguru é essencial para propiciar uma assistência de qualidade baseada na humanização para o bebê e sua família.

Santos (2013) ainda assevera que nessa fase os familiares têm a chance de ficar mais perto da realidade da unidade neonatal e superar o temor gerado pelo fato de desconhecerem o contexto tecnológico e a rotina do serviço de saúde. Salientando ser este um momento propício para impulsionar a realização do método anteriormente mencionado.

Morais (2013) acrescenta ainda sobre a constatação feita após a avaliação dos dados de que a terapia através da arte realizada pelos psicólogos propicia um ambiente apropriado para que a família visualize o RN como indivíduo. No campo da psicologia no que tange a prematuridade verifica-se que a existência de um RN nessa situação específica tem a tendência de ocasionar sentimento de desproteção na família que podem vivenciar temor, angústia, apreensão, atitudes de afastamento, limitações na oferta do acolhimento ao bebê cercado por aparatos tecnológicos. Nesse contexto a família precisa reformular moldes desejados e estipulados no que concerne a um bebê saudável.

Santos (2013) elucida que nos casos em que não há a adesão do método canguru, os pais do RN tentam adequar-se as duas realidades, esquematizando o seu próprio planejamento que é posteriormente frustrado pela incompatibilidade de atender as demandas do ambiente domiciliar e hospitalar. A culpabilização e a apreensão denotam a aflição sentida pela mãe, surgindo indagações sobre a recuperação do RN dentro da incubadora.

Em se tratando da terceira etapa Borck (2012) elenca alguns sentimentos negativos que permeiam a dinâmica familiar fazendo com que ajam na maioria das vezes de forma inconsciente por terem vínculo com um bebê que está na iminência de morte.

Relata ainda que a adequação no contexto domiciliar será alterada de acordo com a distribuição das atribuições diárias referentes a mãe e familiares, cuidados e papéis diários assumidos por estes e os resultados referente á última etapa do método (BORCK, 2012).

Aires (2015) evidencia algumas situações impeditivas para que os pais realizem o acompanhamento da criança tanto na atenção básica quanto no contexto hospitalar, tais como: a distância entre o domicílio e o serviço de saúde, a existência de outros filhos, a falta de disponibilidade e as restrições financeiras da família.

5.3 O papel legal da família na garantia dos direitos da criança (Artigo VII)

Bernado (2015) apresenta em seu artigo que as modificações ocorridas no Brasil no decorrer do século XX propiciaram a família uma posição de destaque respaldada por um arcabouço legal e de políticas públicas.

No âmbito legal, esse respaldo materializa-se no dispositivo 227 da nossa Constituição Federal (CF), dispondo que não só o Estado e a sociedade tem o dever de proporcionar a criança o usufruto dos direitos disposto nela, tais como: à vida, saúde, alimentação, dignidade, respeito e convivência familiar, como também a família (ANGHER, 2013), colocando-a no papel de co-responsável para que o neonato goze desses direito legalmente estabelecidos (BERNADO, 2015).

Bernado (2015) afirma que apesar desse dispositivo constitucional assegurar tal proteção, realizando o rateio dessa responsabilidade entre estado e a família tendo o entendimento de amparo a mesma, o estado despreza o exercício de tal papel.

Ainda aduz que uma vez que a família é solicitada de modo prioritário para realizar o cuidado destinado aos seus componentes, destacou o seu papel substancial na preservação e reprodução da vida privada. Essa concepção globaliza as funções, ignorando a variedade de famílias, debilitando as que não têm capacidade para exercer as suas atribuições (BERNADO, 2015).

O referido autor, critica o Estado pelo mesmo desconsiderar esses aspectos contrastantes e complicados que estão inseridos no contexto familiar, dando ênfase ao fato de o estado paulatinamente coloca esse núcleo como protagonista das suas políticas sociais. Ressalta as desigualdades financeiras e culturais, colocando-a como fato limitador para que as famílias gozem de bens e serviços de forma igualitária (BERNADO, 2015).

Utiliza-se do entendimento de um autor para corroborar com a sua explanação, afirmando que as pessoas que detém maior poder aquisitivo tem proporcionalmente um maior acesso a serviços de saúde privados e possuem uma menor quantidade de membros dependentes dos seus cuidados (BERNADO, 2015).

Em contrapartida relata que aqueles que possuem menor condição financeira não tem esse acesso, além de encontrarem empecilhos ao usufruto de

serviços públicos de saúde, e ainda ficam sobrecarregados em decorrência do acúmulo de responsabilidades em seu ambiente domiciliar (BERNADO, 2015).

O autor assevera após a citação de um artigo integrante da sua pesquisa que o excesso de responsabilidades pode ser reduzido com o auxílio de sua parentela, apesar de que existam casos em que esse apoio familiar seja praticamente inexistente (BERNADO, 2015).

5.4 Os conflitos que permeiam a atuação da mulher/mãe no método canguru (Artigos VII, V, I).

Bernado (2015) contesta a prestação do cuidado no método canguru focado na mulher/mãe e ressalta a inexistência de discussões de gênero, assim como para o papel coadjuvante do pai. Afirmando que os dilemas que envolvem o feminino e a família são discutidos de forma residual pelos artigos explorados.

Contribuindo com essa temática vem Santos (2013) fundamentado em uma entrevista feita com mulheres inseridas no contexto da prematuridade, onde relatam que tiveram de abdicar de suas atribuições laborais e estudantis para cuidar do seu RN, afirmando que esse entendimento da mulher como responsável pelo lar, é um retrato de circunstâncias históricas, culturais e sociais estabelecidas à mulher, que é visualizada como a responsável pelas condições de saúde dos seus filhos, dedicando-se ao ambiente domiciliar enquanto o homem trabalha para o provimento de todas as necessidades da família.

Bernado (2015) acrescenta que na AHRBP é notório a conexão da família com a promoção do cuidado. Além do mais, os familiares, especialmente a mulher/mãe, são convidados para estarem permanentemente com o bebê no hospital e a desfrutar das vantagens desta prática que são extensamente aceitas pela literatura especializada.

O autor questiona o excesso de responsabilidade assumida pela puérpera integrante do Método Canguru, fazendo uma crítica negativa ao fato da execução do método centraliza-se na mãe do neonato (BERNADO, 2015).

Bernado (2015) também levanta questões, afirmando que as políticas públicas sociais utilizam, entre outras formas, as atribuições do dia a dia familiar

para dá ênfase ao padrão, no que se refere ao rateio do trabalho homem e mulher, gerando a desigualdade de gênero.

Antagonicamente, Bernado (2015) relata o entendimento do autor (Montenegro,2003) sobre o dever de cuidado da família, aduzindo que a lei e diversas políticas públicas, destacando a AHRNBP-MC, dispõem sobre essa responsabilização. Frisando o foco dado ao sexo feminino-mãe, na delegação central do papel de cuidadora em virtude da representação padronizada naturalizante.

Na perspectiva de Bernado (2015), apesar do MC ser muito valioso para a evolução do bebê relata que na prática ele apresenta problemas, que diversas vezes são ruins de serem contornados, contudo, reconhece que indubitavelmente o MC traz benefícios para o RN. Ressalvando que não devem ser desprezadas as perspectivas e a real capacidade da mulher para execução de tal método.

Baseado em artigos alvos de sua pesquisa, o autor constatou que apenas um apresentou os obstáculos encontrados pelas mães na realização do MC. Existindo situações em que o papel da mulher no ambiente doméstico é transferido a outra mulher. Acrescentando que as mulheres que moram com outros parentes ou amigos, tem uma situação mais favorável, visto que as responsabilidades domésticas são assumidas pela proprietária da residência ou repartidas entre os residentes (BERNADO, 2015).

O autor incentiva exaustivamente a realização de indagações sobre as questões referentes ao gênero, assim como a execução e atuação das mulheres e dos homens no Método Canguru para a interação familiar (BERNADO, 2015).

Bernado (2015) ressalta a inexistência de debates acerca das alternativas ou das restrições dos indivíduos comprometidos com o Método Canguru. Afirmando que este fato se deve a duas vertentes:

Em primeiro lugar, o material científico analisado pertencer á área médica e à elaboração de estudos focado na perspectiva biologicista no contexto da saúde-doença. Neste interim, o estado de saúde projeta-se como a causa da intervenção profissional deste (BERNADO, 2015).

E em segundo lugar, refere-se ao entendimento, ainda existente, da visão higienista de mulher/mãe e de homem/pai, formulado no final do século XIX e no decorrer do século XX. De acordo com Freire (1983), esta perspectiva cooperou para a estruturação da percepção da mulher como encarregada pela harmonia familiar, cuidado e educação dos filhos, e pelas atribuições no ambiente domiciliar (BERNADO, 2015).

Bernado 2015 afirma que essas Atividades são discutidas nas pesquisas da área das Ciências Sociais e Humana. A perspectiva da maternidade é relacionada à natureza feminina, fato este que no contexto histórico fundamentou a introdução da mulher no ambiente doméstico.

Sobre essa vivência da mulher no contexto hospitalar, Santos (2013) afirma que com a ausência do apoio da rede social na permanência da etapa inicial do método Canguru, a mãe é confrontada com uma realidade completamente distinta da planejada previamente. Visto que, a mesma internaliza a obrigatoriedade de permanecer com o filho internado e de modificar o seu cotidiano. Renunciando temporariamente, as suas obrigações no ambiente domiciliar, a permanência com seus filhos, seus estudos e trabalho, ou seja ela se abstêm de exercer os seus papéis de mãe, esposa, filha e profissional para dedicar-se exclusivamente ao filho prematuro e/ou de baixo peso.

Relata que esta reclusão da mulher/mãe no ambiente hospitalar intensifica o excesso de carga na rotina materna, por ser testemunha ocular no emprego das técnicas terapêuticas que causam dor no neonato (SANTOS, 2013).

García (2012) acrescenta que em várias pesquisas comprovou-se que a presença de stress nas puérperas, pode provocar a prestação de um cuidado inadequado por parte das mesmas.

Contribuindo com essa perspectiva vem Bernado (2015) asseverando que partir das inquietações supracitadas, apela-se para a realização de novas pesquisas na área da saúde da criança e da mulher que contestem os quesitos mencionados, de forma a expandir as percepções de cuidado e colaborar com a assistência na área da neonatologia.

García, 2012 acrescenta ainda acerca das características sócio-demográficas no que tange á idade das mães, sua pesquisa revelou que grande

parte das participantes são jovens, corroborando com as pesquisas realizadas em Costa Rica, Cuba, Argentina e Colombia, que evidenciam que grande parte dos bebês são filhos de mães com idade inferior á 20 anos.

García, 2012 além de revelar o predomínio de mães que apresentam estado civil de solteira ou em união estável e apresenta um baixo ou médio poder aquisitivo considerados como condições de risco psicossocial que interferem no cuidado do neonato.

Sublinha que em se tratando da paridade, grande parte das puérperas são primíparas, condição que pode gerar medos e dúvidas sobre os cuidados de recém-nascido. Acrescido a esta condição está a idade precoce e a condição de baixo peso e as patologias do RN, que maximiza ainda mais a angústia e medo da Mãe, para cuidar de um filho com condições clinicas desfavoráveis (GARCÍA, 2012).

5.5 A função da mulher/mãe inserida no método canguru na realização do aleitamento materno (Artigos II, VIII e VI).

Medina (2012) afirma que o leite materno é a melhor forma de nutrição para o crescimento e desenvolvimento do neonato no PMC, sendo atestado que a grande parte das puéperas realizaram o aleitamento materno, condição apontada como um indicador de proteção para evitar a ocorrência de patologias.

Sobreleva o fato da Organização Mundial da Saúde, assegurar que a nutrição do neonato e da criança pequena é de suma importância para promover a sobrevivência e um crescimento e desenvolvimento adequado dos mesmos. (MEDINA, 2012).

Corroborando com essa temática, vem Santana (2016), abordando sobre a segunda etapa do método canguru e suas diferentes e mais usadas técnicas de alimentação na passagem da gavagem para o aleitamento materno de RNPT. Ressaltando a relevância de um cuidado acolhedor de forma abrangente, que não contempla apenas o neonato, como também a família.

Ainda do desenvolvimento desse tema afirma que apesar da existência da educação em saúde no que se refere a manipulação da amamentação, ainda existe a insegurança por parte das mães de que o leite seja suficiente para suprir as necessidades do seu filho (SANTANA,2016).

Frisando a importância da consolidação de um grupo de suporte ao binômio mãe-bebê para que haja a permanência efetiva e eficaz do aleitamento materno exclusivo no ambiente domiciliar (SANTANA, 2016).

Ainda afirma ser de grande valia o suporte e o estímulo à amamentação no sentido de facilitar a recuperação do RN, diminuir a angústia, temor e apreensão dessas mães/famílias ao se confrontarem com essa situação conflituosa. Santana (2016)

Corroborando com esse entendimento, Medina (2012) alerta acerca das pesquisas que comprovam que a realização o aleitamento materno exclusivo pode ser uma maneira utilizada para minimizar a ocorrência de patologias no RN. De igual modo, o acompanhamento adequado durante a consulta, instruções apropriadas para a realização dos cuidados no ambiente domiciliar, podem ser alternativas na minimização da repetição das readmissões hospitalares.

Aires (2015) dentro do contexto da terceira etapa na UBS, ressalta o empenho dos profissionais para manutenção da amamentação no contexto domiciliar, salientando as suas vantagens tanto para a mãe quanto para o RN, analisando possíveis dificuldades e realizando orientações para fortalecimento desta prática.

5.6 O papel dos profissionais de saúde na viabilização da atuação familiar no método canguru (Artigos IV, II, VII,V,).

Morais (2013) alerta para a precaução de que o bebê não seja visto pelos seus familiares somente no seu aspecto biológico, consolidando-o como neonato sem perspectiva de futuro ou alvo de consternação. Esta experiência tendenciosa pode ser reelaborada em conformidade com o apoio fornecido aos familiares do seu grupo social de apoio. Nisto insere-se a interferência prematura dos profissionais de saúde ao propor novas formas de realizar o vínculo família-bebê.

Afirmando neste contexto hospitalar, que as unidades neonatais do Brasil foram convidadas a praticar o método canguru, que estabeleceu modificações extraordinárias à imagem do neonato, ao indagar acerca do privilégio dado ao seu aspecto biológico e identificá-lo como indivíduo em formação, possível de ser amparado e entendido globalmente no contexto biopsicossocial (MORAIS, 2013).

Dispõe ainda que o uso da grupoterapia com arte pelos psicólogos não assegurou a modificação completa nas interações da família com o RN, entretanto proporcionou a expansão da consciência dos familiares, ao desenvolverem com o mesmo, um relacionamento pautado na aceitação e percepção do bebê de acordo com a sua subjetividade. Construindo assim, um novo significado para o neonato (MORAIS, 2013).

Medina (2012) evoca a necessidade da criação de um método educativo pelos profissionais para capacitar as puérperas nos cuidados com os filhos prematuros levando em consideração os aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais da família.

Bernado (2015) aborda sobre escassez de estudos que relatem sobre em que condições as mães-família participam do método canguru, ou seja, em que contexto financeiro e em que circunstâncias estão inseridas a rede de apoio e afeto da família para a integração nessa política pública.

Salienta ainda que a base para o sucesso da política em questão é tanto a atuação da família quanto do cuidado, afirmando que na pesquisa realizada há a confirmação do papel secundário do pai e dos outros familiares enquanto cuidadores, além do fato de inexistirem pesquisas científicas que visem estudar as possibilidades dos familiares na adesão do MC (BERNADO, 2015).

Santos (2013) descreve que para a realização efetiva do método canguru, necessita-se da proximidade entre filho, mãe e família por intermédio da posição canguru, para proporcionar o aquecimento ao RN, necessário ao equilíbrio da sua temperatura corporal, viabilizando assim uma maior atuação da família nos cuidados do bebê.

O autor comenta que é indispensável esta atuação, visto que na UTIN o bebê é submetido á sensações desagradáveis, ocasionadas pelo barulho, iluminação intensa, uso de dispositivos invasivos e manuseio constante do bebê, intensificando as situações estressantes e dolorosas. Ratificando assim, a importância da família no contexto intensivo ou semi-intensivo da Unidade Neonatal. (SANTOS, 2013).

Santos (2013) acrescenta, que nesse contexto é crucial a anuência e disposição da família para a execução deste método, considerando que o mesmo realiza-se em três etapas. Na etapa inicial há adequação do bebê no ambiente fora do útero e de treinamento da família relacionado aos cuidados elementares. Além do fornecimento de instruções à mãe e à família acerca das condições clínicas do RN, salientando os benefícios do Método, proporcionando a liberdade no acesso ao ambiente neonatal e o contato com bebê na medida do possível. Na etapa seguinte, a família tem a possibilidade de cooperar plenamente na prestação do cuidado ao RN e na última etapa a família assume o papel principal no cuidado do RN além de haver o acompanhamento profissional a nível ambulatorial.

O autor menciona uma pesquisa realizada na Bahia, em que a condição clínica grave, uso de ventilação mecânica e a escassez de informações foram considerados como obstáculos para que não fosse realizado a posição canguru. (SANTOS, 2013).

Diante disso, Santos (2013) discorre sobre essa temática ressaltando a importância dos profissionais de saúde incentivarem a realização da posição canguru. Vista como uma tecnologia leve que favorece a proximidade e a adequação da família no âmbito hospitalar. Para isto é fundamental que os mesmos visualizem a família como uma estrutura social que foi afligida pela patologia e internação do RN.

Assevera ainda a respeito da necessidade de se evoluir na execução do cuidado canguru incluindo os componentes para o cuidado centrado na família, assim como: entendimento de que a família é uma figura permanente na vida do bebê, efetivação de políticas que ofereçam apoio financeiro e emocional, reconhecimento da capacidade e particularidade da família e a elaboração de uma assistência em saúde que seja ajustável e que atenda as demandas familiares (SANTOS, 2013).

Em se tratando da terceira etapa Borck (2012) afirma mediante a releitura de profissionais baseados em suas experiências e relação com o neonato surgiu o desejo de teorizar pela utilização do modelo de adaptação de Roy na terceira etapa do Método Canguru(MC). Isto foi ocasionado pela leve transferência de papéis, pois

os profissionais atuavam como cuidadores primários e nesta ocasião transmitem essa função para os pais e familiares.

Corroborando com esse entendimento vem Aires (2015) asseverando em seu artigo cujo o foco é apenas na terceira etapa do método canguru, em que aborda a proposta do Ministério da Saúde na atuação da Atenção Básica (AB) associada ao hospital por meio dos profissionais da estratégia de saúde da família em visita domiciliar.

O autor relata sobre a existência de unanimidade por parte dos profissionais no que tange a importância da visita domiciliar no acompanhamento da criança, justificada pela possibilidade de avaliação da família, da análise de potenciais cuidadores, do tipo de apoio que a mesma necessitará da Unidade Básica de Saúde, as condições de higiene da família, entre outros (AIRES, 2015).

Aires (2015) no desenvolvimento da temática afirma que a deficiência de transporte para o deslocamento dos profissionais até o domicílio das famílias e o excesso de trabalho na UBS foram elencadas como situações problemáticas que inviabilizaram a visita domiciliar destes.

Aires (2015) ainda argumenta que a comunicação entre os vários níveis de atenção a saúde ainda é insuficiente. Fazendo com que o acompanhamento desses bebês aconteça preponderantemente no âmbito hospitalar pelos profissionais de saúde.

Em se tratando desse nível de atenção, identificou que o seguimento do RNBP e/ou RNPT parece configurar-se em uma incógnita para as os profissionais da Atenção Básica (AIRES, 2015).

Afirma que a assistência a este grupo de crianças causou inquietação, sendo tangido por questionamentos e inseguranças. Os profissionais divergiram no entendimento de que o neonato precisava de cuidados específicos ou não e se deveriam equipará-lo a um RN considerado “normal” ou nascido a termo (AIRES, 2015).

Ressalta que mesmo com a proposta do Ministério da Saúde de que haja atuação da equipe de saúde da AB na terceira etapa do método por meio de

consultas e visita domiciliar, isto não ocorre na maior parte dos municípios do Brasil (AIRES, 2015).

Aduz que o obstáculo encontrado pela equipe de saúde da AB para o prosseguimento do Método Canguru e participação da última etapa deste, aparenta estar vinculado ao conhecimento insuficiente deles, ocasionando sentimento de insegurança e incapacidade para execução desta prática. A comunicação ineficiente entre o hospital e a UBS, inviabiliza o seguimento do método no contexto da atenção primária (AIRES, 2015).

Por isso, percebeu a necessidade de treinamento profissional e do estabelecimento de pactos entre os variados níveis de atenção para a concretização desta etapa do método também na AB (AIRES, 2015).

Desta forma, afirma que o êxito do método na residência está sujeito ao apoio oferecido pela equipe de profissionais da saúde, solucionando os questionamentos e minimizando a ansiedade dos pais, especialmente quando leva em consideração a complexidade transicional ocorrida na alta do neonato. Entende-se que as instruções dos diversos profissionais são imprescindíveis para a família sentir-se confiante na execução do papel de cuidadores (AIRES, 2015).

Continua afirmando que ainda que o município objeto de estudo tenha uma maternidade pública de referência para o método, não há conexão com a AB para a execução da última etapa do mesmo (AIRES, 2015).

Acerca da terceira etapa do método canguru Borck (2012), fundamentado no conhecimento empírico a partir da observação de seis famílias e seu processo de adequação na terceira etapa do MC com os neonatos, em um lapso temporal predeterminado, observou a importância da consolidação das atribuições familiares no contexto extra-hospitalar e da interação entre a equipe de saúde, assim como a reavaliação dos requisitos necessários na liberação destes para a terceira etapa no MC. Destacando essa etapa como uma possibilidade para realimentar o processo de cuidar e suporte as famílias para superarem suas questões, obrigações, temores e a própria conduta inerente a sua condição de prematuridade.

Nesta fase os profissionais têm as funções de examinar o RN e avaliar os parâmetros de crescimento e desenvolvimento levando em consideração a idade gestacional corrigida; identificar a interação psicológica e afetiva entre a criança e a

família e proporcionar o apoio adequado para os mesmos; oferecer o devido suporte para a preservação do grupo social de apoio; retificar as possíveis situações de risco (BORCK, 2012).

Há situações específicas em que os pais do RN precisam de orientações nos assuntos referentes ao aleitamento materno, cuidado canguru e na divisão das atribuições. A adequação no contexto domiciliar modifica-se em conformidade com as funções designadas à mãe e familiares e também pela situação informada do bebê prematuro e/ou de baixo peso após as consultas realizadas (BORCK, 2012).

Borck (2012) continua nessa linha de raciocínio ressaltando a necessidade de mais estudos no âmbito ambulatorial favorecendo a introdução da terceira etapa do MC nos serviços de saúde, visto que neste patamar orienta-se a família no seu empoderamento para prestar o cuidado. Informando precocemente as situações de risco para a realização das intervenções que se fizerem necessárias.

No âmbito da Terceira etapa Aires (2015) afirma que o estudo revelou que as instruções primordiais fornecidas a família estão centralizada na atenção a higiene, higienização do coto umbilical, imunizações, medicamentos, utilização de dieta peculiar e provimento de materiais especiais a exemplo da sonda e bolsa de colostomia.

Observou a assistência individualizada de acordo com as necessidades específicas de cada RN instruindo-os de acordo com o nível de gravidade, condições clínicas, tempo de internação na Unidade Neonatal e nível de desenvolvimento. Sabe-se que o cuidado integral baseada na humanização ao bebê e à sua família deve ser contínuo pelos profissionais de saúde, tendo em vista que uma boa interação propicia a equipe cuidadora, sendo que o bom relacionamento oportuniza essa atividade (AIRES, 2015).

Medina (2012) salienta que a assistência do neonato no ambiente domiciliar constitui-se de um método tecnológico em que os pais e os agentes de saúde devem dividir essa responsabilidade. Posto que, isto não representa que o sistema de saúde irá exigir-se da sua responsabilidade institucional. (MEDINA, 2012).

5.7 As consequências da atuação familiar no método canguru (Artigos VII, V e II).

Bernado (2015) cita dois autores, que declararam que há comprovações de que a ligação íntima da mulher com o seu bebê prematuro propicia á ela a e ao pai do RN mais segurança para cuidar do mesmo, além de favorecer de forma positiva no humor da mãe.

Aponta outros autores que ratificam que o Método foi eficiente na melhora do humor das mães de RN prematuros, e salientam a minimização dos impactos negativos advindos da internação em Unidade Neonatal (Bernado, 2015).

Santos (2013) enfatiza as experiências vividas pela mãe do neonato na etapa inicial do MC, cercada de sensações de angústia, de profunda tristeza pela ausência da família e lamento contínuo. Entretanto, na realização da posição canguru pela primeira vez o fato das mães terem a oportunidade de pegar o seu filho nos braços, o sentindo mais próximos trouxe a estas mães um sentimento de grande alegria.

Esta posição amplia o contato pele a pele entre mãe e filho transmitindo afeto e calor corporal, propiciando a nutrição do neonato gerando meios para o seu crescimento e consolidando o vínculo mãe-filho (SANTOS, 2013).

A partir de entrevistas realizadas, concluiu que as puérperas apreciaram a proximidade com seu bebê. Conceituando este como um momento extraordinário entre mãe e filho, visto que além de consolidar o vinculo afetivo a mãe tranquiliza o RN e contribui para a melhoria do seu quadro clínico (SANTOS, 2013).

Além disso, cita o fato de o posicionamento canguru permitir o aumento da temperatura corpórea do neonato sendo decisivo para o seu reestabelecimento orgânico (SANTOS, 2013).

O autor na consolidação desse entendimento, afirma, com base em uma pesquisa formulada em Fortaleza-CE, o relato das mães sobre os benefícios advindos do método, tais como: ganho de peso, estreitamento dos laços afetivos entre mãe e filho e restabelecimento célere do neonato (SANTOS, 2013).

Corroborando com esse entendimento, vem Medina (2012) elencando vários objetivos do programa tais como: possibilitar um melhor pronóstico do quadro

clínico do RN, ultrapassando a concepção de sobrevivência para qualidade de vida; incentivar previamente o estreitamento dos laços afetivos entre a mãe e o filho para que haja um vínculo emocional adequado; realizar a humanização da assistência no âmbito hospitalar e ambulatorial destinada ao neonato; realizar Educação em Saúde e estimular as puérperas e famílias na realização do cuidado do RNPT e/ou RNBP e Diminuir o índice de abandono destes neonatos.

Medina (2012) ainda afirma que o Programa Mãe- Canguru desenvolve nas mães uma maior capacidade para realizar o cuidado dos bebês do que os próprios profissionais da área da saúde. Visto que as puérperas apresentaram maior sensibilidade às necessidades e ao desenvolvimento do RN, contribuindo para o decréscimo das taxas de mortalidade desses neonatos. Além de ocasionar uma modificação na dinâmica familiar, propiciando uma maior atuação da figura paterna no cuidado do seu filho, e aumentar a alta estima da puérpera.

O autor em uma análise comparativa de sua pesquisa observa que os resultados são similares aos referidos nos México, na Espanha, no Cali, e na Colômbia, evidenciando que a modificação no manejo dos neonatos, focando na educação em saúde e na atuação ativas das mães acerca da forma apropriada de apoiar, cuidar e alimentar o RN contribui positivamente no prognóstico e a sobrevivência deste (MEDINA, 2012).

Ressalta ainda que um fato significativo das vantagens da Posição Mãe Canguru está relacionado com a consolidação do relacionamento do binômio mãe - bebê, especialmente o aumento da segurança e confiança das mães, que possibilita externar as inquietações relativas à saúde e obter explicações sobre o forma de como esta poderá contribuir para o cuidado do filho, o que interfere de forma favorável na condição de ansiedade apresentada. (MEDINA, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da gestação percebe-se dois caminhos diferentes para o casal grávido, sobretudo para a mãe do neonato. Na expectativa de um período gestacional normal, eles têm uma convicção ilusória de que essa gestação irá culminar no nascimento de um filho de parto normal, e de forma alguma cogitam a possibilidade de um parto prematuro.

Ao se depararem com o filho prematuro vivenciam uma situação árdua e exaustiva, podendo sobrevir inúmeros conflitos negativos, já que os pais o vêem como um ser dotado de fragilidade.

Evidenciando-se a importância da atenção aos aspectos sociais e econômicos e emocionais vivenciados pela família, ao se confrontarem com esse contexto da prematuridade.

A partir desta pesquisa, percebeu-se que antigamente a família era excluída da assistência à saúde do RN prematuro, mas atualmente tem-se comprovado através de estudos a importância da participação desta nesse contexto. Destacando-se a presença da mesma como condição sinequanon para o restabelecimento do RN e para a contribuição na sua evolução e do seu desenvolvimento.

Com o surgimento de uma proposta diferenciada de cuidado humanizado com o RN, intitulado Método Canguru (MC), o Brasil adaptando-o a sua própria realidade incluiu a presença da família nuclear e ampliada no ambiente hospitalar.

Dessa forma, foi demonstrado através de Estudos que o exercício do método colaborou efetivamente para o crescimento do senso de capacidade dos pais, orientando-os para cuidar do neonato em seu domicílio.

Pode-se perceber a cooperação do Método Canguru enquanto política pública na área da neonatologia, visto que a assistência de forma humanizada ao recém-nascido pré- termo e/ou de baixo peso é considerado pelo Ministério da Saúde como uma das formas benéficas para diminuir os índices de mortalidade dos neonatos.

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, nota-se as relevantes modificações no cuidado prestado ao RN prematuro, tais como: a permissão de visitas de outros membros da família, a presença contínua dos pais junto ao filho internado, a atuação de grupos de apoio aos familiares e a estimulação da participação da mãe na assistência ao bebê.

Além disso, vários estudos revelam o valor da presença dos pais nesta unidade e do acompanhamento ao filho internado, tendo como consequência o estreitamento dos laços afetivos mãe-filho, como também a evidente diminuição do estresse advindo da hospitalização.

A atuação da família na UTIN propicia suporte social e emocional aos pais que enfrentam essa árdua situação que é a hospitalização de um filho neonato. Contribuindo para o desenvolvimento do relacionamento entre a família e a equipe de saúde. Deixando-os a par da situação psicossocial que se encontram o bebê e sua família.

Logo, o que torna o MC algo tão deslumbrante é a grandeza de um método tão simples, de baixo custo, comprovadamente eficiente e eficaz, baseado no cuidado e na humanização e que pode ser aplicado em todos os países, principalmente naqueles em desenvolvimento.

Os resultados obtidos foram uma pequena amostra do que se obteve por meio da presente pesquisa a partir da análise dos artigos abordados, dessa forma espera-se que este trabalho suscite a exploração de mais pesquisas nessa área visando a ampliação do conhecimento científico desta temática. Tendo em vista, a pequena quantidade de material científico existente nesta temática.

Critica-se a existência de redundância e repetitividade na maioria dos artigos pesquisados da língua portuguesa, o que dá margem para a elaboração de mais artigos com conteúdo científico de maior qualidade.

Conclui-se que existe unanimidade por parte dos autores, na constatação de que o MC contribui positivamente na recuperação do RNPT e/ou RNBP em vários âmbitos. E, que indubitavelmente não só a mãe como toda família são indispensáveis na execução deste método.

REFERÊNCIAS

AIRES, L.C.P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0224.pdf> >. Acesso em: 26 de set. 2016.

ANGHER, A. J. C.(Org.). **Vade Mecum Acadêmico de Direito** Rideel – 16 ed. São Paulo: Rideel, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: 2013. São Paulo: ABNT, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6021**: 2015. São Paulo: ABNT, 2016.

BATTHYÁNY, K. 2009. Cuidado de personas dependientes y gênero. In: AGUIRRE, Rosário (org.). **Las bases invisibles del bienestar social**: el trabajo no remunerado em Uruguay Montevideo: Rosario Aguirre. p. 87-123.

BERNARDO, F. R ; ZUCCO, L. P. **A centralidade do feminino no método canguru**. *Revista Latinoamericana*. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sess/n21/1984-6487-sess-21-00154.pdf>>. Acesso em: 26 de set. 2016.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. **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. 263-269, June 2012 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 02 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru: manual do curso– Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

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 : Editora do Ministério da Saúde, 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: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GARCÍA, A. R. V. et al. **Enfermedades más frecuentes de los neonatos del programa familia canguro de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín en el periodo de junio a diciembre de 2009**. 2012. Disponível em : <

<http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/986/885>>. Acesso em : 27 set. 2016.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M.A.S. Mendes; MORSCH, D.S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a08.pdf> >. Acesso em: 21 nov. 2016.

KLOSSOSWSKI, D.G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00137.pdf> >. Acesso em 01 de janeiro de 2017.

LAMY, Z. C. et al. Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Revista de Pesquisa em Saúde, 12(1),** 14-21. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16424/491465/Revista12-1_jan-abril-2011.pdf/1f464a8f-6a02-45eb-b11b-69c0c624df80>. Acesso em: 10 set. 2016.

MAIA, J.A. et.al. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Rev. Enfermagem em foco.** Disponível em <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/190>>. Acesso em 22 de dezembro de 2016.

MEDINA, J.P.L. ;DIAZ, J.M.O.;RIANO, N.E.A. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. **Rev. salud pública,** Bogotá , v. 14, supl. 2, p. 32-45, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2016.

MORAIS, K. C.B et al . Gestalt, grupoterapia e arte: a ressignificação do bebê pré-termo em unidade neonatal. **Rev. abordagem gestalt.,** Goiânia , v. 19, n. 1, p. 21-30, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18096867201300010004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.

NAHUZ, C. S; FERREIRA, L.S. **Manual para normalização de monografias.** 4. ed.rev. e atual. São Luís: Visionária, 2007.

NYQVIST, K.H., et al. **Towards universal Kangaroo MotherCare:** recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Pædiatrica*, 99, 820–826. Disponível em: <https://kamcaredesign.jetshop.se/pub_docs/files/KMC_committee_report_2010.pdf>. Acesso em: 20 set. de 2016.

SANTANA, M. C. C. P. et al.(2016). Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **Revista Brasileira de**

Ciências da Saúde, 17(1):55-64. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/14607/15745>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANCHES, M. T. C.; et al. (Org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Disponível em: <http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.