

## A IMPORTÂNCIA DO MÉTODO MÃE CANGURU

### THE IMPORTANCE OF KANGAROO MOTHER CARE

<sup>1</sup>LESCIOUS, K. G.; <sup>2</sup>CABRAL, S.M.S.C.

<sup>1 2</sup> Departamento de Enfermagem Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO/FEMM

#### RESUMO

Os cuidados direcionados aos RNs Prematuros e de Baixo Peso são prioridades no planejamento da assistência em neonatologia devido ao risco de complicações que podem ocorrer neste grupo, elevando o índice de morbimortalidade neonatal. Por isso, o investimento em tecnologia avançada para a prestação de assistência a estes RNs é muito alto, mas nem sempre acessível a todas as instituições. O Método Mãe Canguru (MMC) é uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para os RNs prematuros e de baixo peso. O objetivo deste estudo é de demonstrar a importância do MMC, conhecer suas vantagens e estimular sua implantação. É um estudo realizado através de revisão de literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Lilacs, Medline, Cochran, Scielo, além de dissertação, monografias e manual de protocolo para implantação do MMC do Ministério da Saúde. O MMC tem como objetivo suprir a insuficiência de recursos materiais, substituindo as incubadoras através do calor materno (contato de pele). Este método vem trazendo inúmeros benefícios para saúde do bebê, além da promoção do vínculo mãe-bebê. Apesar dos benefícios e do avanço da implantação MMC no Brasil, ainda está longe de englobar todas as instituições de saúde do país. São muitas as dificuldades encontradas para sua implantação: como por exemplo, a falta de conhecimento do método pelos profissionais de saúde e a necessidade de treinamento específico. A implantação do MMC deve ser estimulada devido aos grandes benefícios que gera, buscando apoio governamental e vencendo as dificuldades encontradas para sua implantação.

**Palavras chaves:** Prematuridade, baixo peso, Método Mãe Canguru.

#### ABSTRACT

Directed to the care of newborns and premature low weight are priorities in the planning of care in neonatology because of the risk of complications that can occur in this group, raising the rate of morbidity and mortality. Therefore, investment in advanced technology to provide assistance to these newborns is very high, but not always accessible to all institutions. Kangaroo Mother Care (MMC) is an alternative to conventional neonatal care for premature newborns and low birth weight. The aim of this study is to demonstrate the importance of MMC, know their strengths and stimulate its deployment. It is a study through literature review. The survey was conducted in the databases Lilacs, Medline, Cochran, Scielo, and dissertation papers and manual protocol for implantation of the MMC Ministry of Health aims to overcome the inadequacy of material resources, by replacing the incubators heat breast (skin contact). This method has brought many benefits for baby's health, and promotion of mother-infant bond. Despite the benefits and deployment of the advance of MMC in Brazil, this is still far from cover all health institutions in the country. There are many difficulties in its implementation: for example, lack of knowledge of the method by health professionals and the need for specific training. The implementation of KMC should be encouraged because of the great benefits it generates, seeking government support and overcoming the difficulties encountered in its implementation.

**Keywords:** Prematurity, low birth weight, Kangaroo Mother Car

#### INTRODUÇÃO

Em todo o mundo nascem anualmente 20 milhões de criança pré-termo e de baixo peso. Entende-se por recém-nascido de baixo peso (RNBP) qualquer criança

com peso de nascimento inferior a 2500g, independente da idade gestacional, e por recém-nascido pré-termo (RNPT) aquele que nasce com idade gestacional abaixo de 37 semanas. Conseqüentemente, de um modo geral, quase todos os RNPT são de baixo peso, pois nascem antes de adquirirem o peso esperado. Porém, nem todo RNBP é necessariamente um recém-nascido prematuro (CARDOSO et al, 2006).

Segundo Malveira et al (2006), a criança pode nascer com baixo peso por outras causas além da prematuridade, tais como o retardo do crescimento intra-uterino, tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, discreto ganho de peso durante a gravidez, hipertensão arterial e infecção do trato genito-urinário na gestação, paridade, menor número de consultas no pré-natal e presença de outros filhos com baixo peso ao nascer. Estes recém-nascidos (RNs) estão mais susceptíveis a várias complicações, destacando-se nos de baixo peso as infecções neonatais, a síndrome do desconforto respiratório, a anóxia perinatal, o distúrbio metabólico, a enterocolite necrosante e nos prematuros, além de todas estas, acrescenta-se a persistência do canal arterial, sendo considerada a infecção hospitalar a complicação mais freqüente em unidades neonatais, sobretudo entre os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP).

Para proteger e promover a saúde destes RNs, há grandes investimentos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e equipamentos especializados, tais como a incubadora, que permite a manutenção do calor corporal. No entanto, esses recursos de alta sofisticação também trazem implicações negativas: alto custo destas unidades, maior risco de infecção ao RN, dificuldade na formação do vínculo afetivo com os pais devido à separação precoce, redução do período de amamentação, dentre outras desvantagens (TOMA, 2003).

Além disso, apesar dos avanços tecnológicos na assistência neonatal, nem todos os hospitais contam com estes recursos. Existem regiões mais carentes, que, na falta de incubadoras, compartilham o mesmo aparelho com duas ou mais crianças, aumentando o risco de infecção cruzada. Como proposta de solução à falta de acesso aos mesmos, surgiu o Método Mãe-Canguru (MMC), iniciado na Colômbia e adotado em vários países do mundo.

O MMC foi implantado em 1978, em Bogotá, por médicos neonatologistas colombianos, porém, somente em 1992, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, e em 1994, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco em Recife, surgiram às

primeiras instituições que aplicaram essa nova tecnologia no Brasil, sendo hoje mais de 160 programas em andamento no país (MILTERSTEINER et al, 2003).

No MMC, a incubadora é substituída progressivamente pela mãe através do contato físico precoce e calor de seu corpo. Da mesma forma que os cangurus, as mães irão carregar seus recém-nascidos prematuros, desde que estes se encontrem em condições clínicas, gástricas e respiratórias estáveis.

A prática do MMC inicia-se dentro do hospital, continua em casa e vem trazendo inúmeros benefícios para saúde do bebê, destacando a regulação térmica, melhora do padrão respiratório, ganho de peso e redução da estadia no hospital, impacto positivo no desenvolvimento motor e cognitivo, além da promoção do vínculo mãe-bebê e encorajamento da mãe, prolongando o período de amamentação, maior produção de leite, prevenindo o refluxo gastroesofágico, permitindo sentimentos positivos de satisfação e alegria, e estimulando assim o bem-estar psico-espiritual da mãe (CRUVINEL; MACEDO, 2007).

No entanto, apesar dos benefícios e do avanço da implantação do MMC no Brasil, ainda está longe de englobar todas as instituições de saúde, pois são muitas as dificuldades encontradas para a sua implantação. A falta de conhecimento do método pela equipe multidisciplinar, acomodações confortáveis para a mãe e acompanhantes, estrutura para o acompanhamento necessário após alta hospitalar, falta de humanização da equipe, dentre outros são alguns dos fatores que dificultam esta implantação (CARDOSO et al, 2006).

Resolveu-se, então, realizar este estudo com o objetivo de demonstrar a importância do MMC, conhecer suas vantagens e estimular sua implantação.

Este estudo foi elaborado através de uma revisão de literatura. O levantamento de artigo foi realizado no período de março a julho de 2010, através de buscas eletrônicas de artigos científicos nas bases de dados Lilacs, Medline, Cochran, Scielo, além de dissertação, monografias e manual de protocolo para implantação do MMC do Ministério da Saúde. Foram utilizados os termos “Método Mãe-Canguru”, “Recém-nascidos de Baixo Peso”, “Atenção Humanizada”. Os textos selecionados foram publicados no período de 1998 a 2009.

## **DESENVOLVIMENTO**

Iniciamos definindo a palavra Prematura que, segundo o dicionário Aurélio, é de origem latina “*praematurus*”, onde *prae* significa antes e, *maturus* significa maduro (FERREIRA, 1975).

De fato, para a medicina, o bebê prematuro é aquele que não concluiu o processo de maturação biológica intra-uterina e merece, portanto, um cuidado especial e adequado às suas necessidades. O feto, ao nascer, deve vivenciar um processo de amadurecimento em um mundo completamente desigual daquele no qual vivia, afinal, no útero materno a temperatura é adequada, a placenta lhe proporciona o oxigênio e o alimento necessário, não ocorre efeito da gravidade, muito menos luzes fortes e sons intensos, e o sistema nervoso não tem que responder a estímulos sensoriais (RIOS, 2007).

Medeiros et al (2009), define prematuridade ou RN pré-termo como crianças nascidas antes de completar 37 semanas de idade gestacional, e classifica esses recém-nascidos prematuros em três grupos: prematuridade limítrofe (nascidos em período gestacional de 35 a 37 semanas), prematuridade moderada (nascidos em período gestacional de 31 a 34 semanas) e prematuridade extrema (nascidos em período gestacional inferior a 30 semanas).

Quanto aos distúrbios mais comuns entre esses recém-nascidos, Bage (1999) coloca que os prematuros limítrofes apresentam frequentemente o controle irregular da temperatura corporal, déficits de deglutição, a hiperbilirrubinemia, a síndrome do desconforto respiratório e as infecções neonatais. Entre os prematuros moderados existem complicações como a membrana hialina, asfixia perinatal, acidose metabólica e hiperbilirrubinemia. Os prematuros extremos apresentam intercorrências mais freqüentes e graves, que necessitam de cuidados mais complexos e de maior custo, destacando-se, a anóxia perinatal, a insuficiência respiratória (membrana hialina e broncodisplasia pulmonar), as crises de apnéia, a hiperbilirrubinemia, as infecções perinatais, a enterocolite necrotizante, os distúrbios hidroeletrólíticos e o desequilíbrio ácido-básico, a hemorragia intracraniana, a retinopatia da prematuridade, a anemia do prematuro, as malformações, os efeitos adversos de drogas com diminuição do metabolismo e os efeitos iatrogênicos das terapêuticas do período neonatal.

De acordo com Castro (2005), os recém-nascidos ainda podem ser classificados com relação ao peso de nascimento, definindo-se recém-nascido de muito baixo peso (RNMPB), como aquele que nasce com menos de 1.500g, recém-

nascido de baixo peso (RNBP), que nasce com menos de 2.500g, e recém-nascido (RN), que nasce com peso acima de 2.500g, independentemente da idade gestacional.

Estes RNBP estão mais susceptíveis a distúrbios, tais como infecções neonatais, síndrome do desconforto respiratório, anóxia perinatal, distúrbios metabólicos, a enterocolite necrosante, sendo considerada a infecção hospitalar a complicação mais freqüente em unidades neonatais, sobretudo entre os RNMBP (MALVEIRA et al, 2006).

Para Nascimento e Gotlieb (2001), é comum entre esses RNs o retardo de desenvolvimento, risco aumentado de paralisia cerebral, convulsões. Testes de avaliação mostraram que há comprometimento da inteligência dos RNBP, quando comparados a de crianças normais.

Visto isso, pode se afirmar que os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, devido aos riscos de complicações ao nascer, precisam permanecer em unidades especializadas, necessitando de equipamentos para a manutenção de sua sobrevivência, como respiradores artificiais, incubadoras, etc., gerando, assim, um alto custo financeiro e diminuindo o vínculo emocional entre mãe e filho (ANDRADE; GUEDES, 2005).

Em fins do século XIX, surgiram as primeiras instalações de berçários para receber os RNs prematuros. Ao longo do século XX, estes berçários se tornaram em Unidades de Internação Neonatal e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (KAMADA et al, 2003).

Há pouco mais de 100 anos na cidade de Paris, foi criada a primeira ala hospitalar voltada ao cuidado do recém nascido pré-termo (RNPT). O obstetra francês Pierre Budin, expandiu sua preocupação com os recém-nascidos, e para que a mãe tivesse o direito de ver seu RNPT e/ou RNBP, projetou a incubadora com paredes de vidro. As incubadoras são utilizadas para fornecer um ambiente limpo e aquecido com controle da temperatura (CARDOSO et al, 2006).

Com o intuito de melhorar o estado de saúde destes RNs prematuros e de baixo peso, os profissionais que deles cuidam, realizam vários procedimentos, tais como: intubação, ventilação mecânica, inserção de cateteres, punções venosas, etc. Esses procedimentos invasivos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) favorecem um processo de manuseio excessivo, e o tempo que estes RNs permanecem na incubadora gera transtornos, pois diminui o vínculo entre a mãe e o

filho, afinal, o RN ficará longe do carinho e do aconchego de sua mãe, passa a não sentir o cheiro do leite e da pele materna, mas sim, o odor das substâncias utilizadas em procedimentos como a lavagem das mãos (ROLIM; CARDOSO, 2006).

De acordo com Barbosa (2004), nos últimos 20 anos, a terapia intensiva neonatal e pediátrica experimentou um amplo desenvolvimento. No entanto, o autor afirma que este desenvolvimento ocorreu sem um adequado planejamento estratégico, evidenciando diversos problemas como: a falta de equidade, tanto do ponto de vista dos recursos materiais, quanto da formação de recursos humanos, com diferenças nacionais e regionais. A falta de planejamento, tanto no setor público quanto no privado, levou a desigualdades na oferta de leitos (geralmente com excesso no setor privado e carências de leitos públicos) e na qualidade dos serviços prestados. Existe contraste quanto à oferta de serviços: unidades altamente sofisticadas e outras sem a estrutura mínima necessária.

Como proposta de solução à falta de recursos e de incubadoras, surgiu o “Método Mãe-Canguru” (MMC): uma proposta simples e eficiente que auxilia no processo de recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida do recém-nascido de baixo peso (CARDOSO et al, 2006).

O Método Mãe-Canguru, ou também conhecido como “Posição Canguru”, foi criado no ano de 1978 pelos neonatologistas colombianos, Edgar Rey Sanabria e Héctor Martines Gomes. Nesse período o Hospital Médico Infantil de Bogotá, Colômbia, enfrentava uma grande crise financeira. Por esse motivo, havia um excesso de RNs e falta de equipamentos necessários para mantê-los vivos, tais como as incubadoras. Este fato levava a permanência de dois ou mais recém-nascidos no mesmo aparelho, ocorrendo um elevado índice de morbimortalidade neonatal (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Almeida et al (2007), relata que a partir dessas dificuldades, procuraram buscar saídas e alternativas para que houvesse uma atenção maior aos recém nascidos. Começaram a observar os cangurus que nasciam prematuros e permaneciam nas bolsas de suas mães até o momento ideal para sobrevivência fora do ventre materno. Observaram também a maneira como as índias colombianas carregavam seus bebês, e a partir desse princípio, resolveram adaptar a assistência neonatal a estas observações.

No Brasil, as primeiras instituições que aplicaram o MMC, foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (1992) e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco,

em Recife (1994), o qual foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação Gestão Pública e Cidadania, sendo também premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em Best Practices. A partir disso, outras instituições começaram adotar o método. Dentre elas o Hospital de Itapeverica da Serra, em São Paulo; Hospital Geral César Cals, no Ceará; Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal; Hospital Universitário, em Florianópolis (SC); Hospital de Clínicas do Paraná, em Curitiba, dentre outros. Atualmente são mais de 160 programas em andamento no país (MILTERSTEINER et al, 2003).

Cruvinel e Macedo (2007), destacam as principais vantagens do MMC como: favorecer o vínculo mãe-filho; reduzir o tempo de separação entre estes; melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN; estimular o aleitamento materno; permitir um controle térmico adequado; favorecer a estimulação sensorial adequada do RN; contribuir para a redução do risco de infecção hospitalar; reduzir o estresse e dor dos RNs de baixo peso; propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilitar maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho, inclusive após a alta hospitalar.

Para Viana et al (2006), a metodologia do MMC está baseada em princípios fáceis e que demonstram maior afetividade no atendimento, tais como o calor (que é gerado e transmitido pelo corpo da mãe ao bebê devido a longos períodos juntos), o leite materno (que alimenta, protege contra infecções e apresenta propriedades imunológicas), além do amor que estimula o bebê, garantindo apoio e equilíbrio emocional que é indispensável no seu desenvolvimento.

Resolveu-se então padronizar o MMC como uma técnica humanizada. Em julho de 1999, a Área da Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, desenvolveu uma minuta para o atendimento humanizado ao recém-nascido de baixo peso e através desta técnica estabeleceu um grupo de trabalho com membros de várias entidades. A partir das decisões desta reunião, o Ministério da Saúde oficiou uma norma, apresentada no dia 08 de dezembro de 1999, sob o patrocínio do BNDES (VIANA et al, 2006).

No mesmo ano, por meio da Portaria nº693 de 5/7/2000, foi estabelecido a Norma de Orientação para a Implantação do Projeto Mãe-Canguru (LAMY, 2005).

BRASIL (2002), recomenda que a aplicação do método seja realizada em três etapas:

- 1ª etapa: o RN impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, é mantido na UTIN, onde os pais poderão ter livre acesso. É iniciado o contato pele a pele entre a mãe e a criança o mais rápido possível, desde que o RN esteja em condições clínicas estáveis. Nesta etapa os pais deverão receber orientações sobre a saúde da criança, os procedimentos hospitalares, as vantagens do MMC, o estímulo à amamentação, cuidados com as mamas, a ordenha manual e o armazenamento do leite ordenhado, favorecendo o contato tátil e a participação das mães sempre que possível.
- 2ª etapa: em alojamento conjunto a mãe poderá acompanhar seu RN interrompemente, se adaptando aos treinamentos realizados na etapa anterior. A posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, e a enfermaria funcionará como um estágio pré-alta hospitalar da mãe e do bebê.
- 3ª etapa: consiste na alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, desde que a criança esteja clinicamente estável, com peso mínimo de 1.500g e ganhando peso com aleitamento materno exclusivo. A mãe e os familiares deverão estar seguros quanto ao método realizado em domicílio, sendo orientados sobre a importância de manter a posição canguru 24 horas. É fundamental que o acompanhamento ambulatorial seja realizado no mínimo 3 vezes por semana.

A implantação do MMC, apesar de simples, mostra-se mais complexa que o esperado, pois, mesmo com o apoio do Ministério da Saúde em habilitar maternidades e normatizar o método, limita-se pelas práticas hospitalares divergentes e por falta de comprometimento dos gestores das equipes de suporte. Com finalidade de ajudar os serviços no processo de implantação do Método-Canguru, foi elaborado um guia seguindo 10 etapas (BRASIL, 2002). Estas etapas são:

### **1. Formação de um comitê de implantação do programa**

Sugere-se: Ter como característica a multidisciplinaridade, com participação da Chefia Médica e de Enfermagem da Unidade Neonatal, além de outras pessoas



que a equipe perceba serem necessárias, estabelecendo semanalmente uma agenda de encontros.

## **2. Definição do projeto**

Devido à diversidade dos Serviços de Neonatologia, é sempre necessário definir um projeto levando em consideração as especificidades locais. O MMC, devido a sua flexibilidade, pode ser adaptado a praticamente todos os serviços.

## **3. Construção de uma agenda para a implantação**

É necessário: estrutura física que atenda às três etapas, perfil da clientela atendida, recursos humanos, rotinas internas, rotinas hospitalares gerais, serviço de nutrição, serviço social, fonoaudiologia, psicologia, regulamento das visitas, entre outras necessidades do serviço.

## **4. Capacitação com o curso de 40 horas**

O Serviço deve ter em seus quadros alguns profissionais habilitados com o curso de 40 horas no MMC.

## **5. Cursos de capacitação de vinte horas para pelo menos 80% da equipe**

Os funcionários que trabalham diretamente com bebês de baixo peso devem ser habilitados com o curso de 20 horas no MMC, com capacitação de pelo menos 80% dos profissionais. Todo novo funcionário deve obter orientações específicas sobre o Método. Uma agenda semestral deve ser instituída para novas capacitações e uma anual para cursos de educação continuada.

## **6. Sensibilização de quatro horas para serviços de apoio**

Todos os profissionais das áreas de apoio, recepção, administração, nutrição, limpeza, segurança devem ser informados sobre o funcionamento dessa prática, assim como a sua importância para a vida do bebê e de sua família.

## **7. Adequação dos setores para as três etapas**

Primeira etapa: Muitas unidades precisam de reformas para se adaptar ao MMC, com obtenção de equipamentos adequados para favorecer um ambiente acolhedor, tanto para o funcionário como para a clientela assistida.

Segunda etapa: Deve-se preferencialmente buscar um espaço anexo à Unidade Neonatal, podendo ser adaptada em outra área da maternidade, adequado para receber mãe e bebê em regime de alojamento conjunto.

Terceira etapa: Pode ser executada em um consultório de pediatria básico, ou um espaço na própria Unidade.

### **8. Construção do manual de boas práticas**

Um manual de boas práticas próprio para o serviço deve ser construído e, com o decorrer do tempo, ser refeito com embasamento na experiência adquirida.

### **9. Implantação de um sistema de controle dos dados e de um programa de supervisão**

O serviço deve ter uma sistematização de coleta de dados, que permita o acompanhamento dos avanços. Além disso, a supervisão durante a fase de implantação ajuda a revigorar os conceitos adquiridos e a superar dificuldades que possam aparecer.

### **10. Implantação de um sistema de trabalho cooperativo com a rede básica de saúde.**

A equipe de assistência intra-hospitalar deve estabelecer sistema de notificação de nascimento de bebês de baixo peso para a rede básica de saúde e Equipe de Saúde da Família, assim como motivar encontros que permitam expandir a rede de apoio ao bebê e sua família durante a internação e após a alta hospitalar.

BRASIL (2002), também estabeleceu sugestões de recursos mínimos para a implantação do MMC, como recursos humanos, recursos físicos e recursos materiais:

- Recursos humanos: à equipe multidisciplinar deverá ser composta por médicos neonatologistas e obstetras com cobertura de 24 horas, pediatras com seguimento do RN de risco, oftalmologistas, enfermeiros (24 horas), auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas.
- Recursos físicos: deverá obedecer às normas já padronizadas e permitir o acesso dos pais com os bebês. Estas áreas deverão ter espaço para colocação de assentos removíveis para maior facilidade da posição canguru. Nos quartos ou enfermaria cada conjunto leito materno/berço do recém nascido deverá ter aproximadamente 5m<sup>2</sup> de distancia entre eles, podendo ser no máximo o número de seis binômios por enfermaria e o posto de enfermagem deverá se localizar-se próximos à mesma.
- Recursos materiais: cada binômio deverá conter cama, berço, aspirador a vácuo, cadeira e material de asseio, balança pesa-bebê, régua

antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro. Deverá estar localizado nos postos de enfermagem carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória.

Apesar de o Método Mãe Canguru ser uma estratégia que basicamente usa a humanização como foco principal, sinaliza que a assistência deve ser voltada não só ao bebê, mas também à sua família que participa integralmente do método, e para isso é necessário que haja subsídios à prática assistencial, tendo como foco de atenção a família e o RN em um mesmo contexto, considerando a experiência de todos os seus membros nessa metodologia de assistência (CAETANO et al, 2005).

Podemos observar que o MMC é uma proposta eficiente na busca da qualidade da assistência prestada ao RN, e proporciona um cuidado individualizado, aliado a tecnologia e à sensibilidade. Este método favorece a entrada dos pais na unidade neonatal e promove o acolhimento da família, ampliando o foco ao cuidado do recém-nascido. Os profissionais de saúde são impulsionados a modificar certas atitudes no sentido de reduzir os estímulos comportamentais e ambientais. Além disso, é necessário à promoção da integralidade das ações dos profissionais para que esta proposta de atenção não sofra descontinuidades, pois, mesmo com os esforços do Ministério da Saúde quanto à orientação destas mudanças, pouco tem sido feito para garantir que na prática diária isto ocorra. Percebe-se uma resistência e certo “desinteresse” manifestado pela pouca credibilidade que alguns profissionais atribuem ao método, sendo que algumas vezes as dificuldades surgem em função do cuidado não estar focado no RN, prejudicando a inserção da família na unidade neonatal e reduzindo a efetividade dos pais no cuidado do seu filho (COSTA; MONTICELLI, 2006).

Colameu e Rea (2006), relatam que apesar do MMC ser uma proposta eficiente, ainda encontra dificuldades, como em obter apoio da gerência administrativa para realizar mudanças na organização e na estrutura física do hospital, necessárias para a implantação do método. Ainda há resistência pelos profissionais de saúde, quanto às mudanças de suas rotinas, valorizando a tecnologia avançada. Outras dificuldades em relação ao método também foram encontradas, tais como: falta de leitos, espaço físico inadequados, sobrecarga de trabalho da equipe treinada em repassar o treinamento, complexidades em manter uma relação multidisciplinar na equipe, dificuldades em captar as mães e obter o

compromisso familiar de retornar freqüentemente e a falta de recursos econômicos para reformas, alimentação e transporte.

Dentro da equipe de saúde, situa-se o enfermeiro, que está em contato permanente com o RN e com a família, podendo promover e efetivar a utilização do MMC, mostrando as suas vantagens. Para que isso ocorra, necessita aprimorar seus conhecimentos e demonstrar interesse sobre o método, sendo um precursor junto à equipe multidisciplinar para a implantação do MMC (MEIRA et al, 2008).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prematuridade e o baixo peso constituem um sério problema de saúde pública devido às altas taxas de morbimortalidade e aos riscos de comprometimento das crianças.

Para atenuar este problema houve um grande avanço tecnológico na assistência destes RNs. Mas por não ser acessível a todas as instituições e, também, por dificultar o vínculo mãe-filho, nem sempre este é a melhor solução.

O MMC propõe-se a auxiliar na assistência destes RNs de forma benéfica, econômica e acessível. As evidências científicas indicam que o Método Mãe Canguru traz benefícios à saúde do recém-nascido prematuro e/ ou de baixo peso, tais como reduzir o tempo de internação hospitalar, assistência humanizada, melhora do vínculo mãe-filho ao dar à mãe função essencial no cuidado do recém-nascido, e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo.

Porém, apesar do apoio governamental e da simplicidade na implantação do método, este ainda encontra resistência, principalmente relacionado à não aceitação do mesmo pelos profissionais de neonatologia.

Sabemos que a tecnologia é imprescindível, só que não se deve substituir o humano e o familiar, pelo poder de assistência da máquina e do especialista. Toda iniciativa que promova a vida e a sobrevivência, deve ser interativa e integrada às já existentes, visando, prioritariamente, uma melhoria da qualidade na assistência multiprofissional e da vida do RN. O enfermeiro é um profissional fundamental no processo de estímulo do MMC, pois ele pode estar em contato direto com os RNs e familiares, orientando-os em todas as etapas do método.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. et al. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Rev. bras. Fisioter**, v.11, n.1, p.2, 2007.
- ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do Método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.1, p.61-69, 2005.
- BAGE, Adriana Valéria. **A Conquista das Habilidades de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro [monografia]**. Botucatu: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, p.53, 1999.
- BARBOSA, Arnaldo Prada. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, n.6, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: **Manual de Curso**. Brasília: Ministério da Saúde, p.196, 2002.
- CAETANO, L. C. et al. Vivendo no Método Canguru a Tríade Mãe-Filho-Família. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.4, p.562-568, 2005.
- CARDOSO, A. C. A. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo, p.130, 2006.
- CASTRO G. G. **CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS PREMATURAS NASCIDAS NA CIDADE DE PATROCÍNIO/MG, NO ANO DE 2004**: uma contribuição da fisioterapia para o programa de saúde da criança [dissertação]. Franca: Universidade de Franca, p.65, 2005.
- COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.597-607, 2006.
- COSTA, R.; MONTICELLI, M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Rev. Bras. Enferm**. Florianópolis, v.59, n.4, p.578-82, 2006.
- CRUVINEL, F. G.; MACEDO, E. C. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n.4, p. 449-455, 2007.
- FERREIRA, Aurélio B. Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KAMADA, I. et al. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.11, n.4, p.436-43, 2003.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

MALVEIRA, S. S. et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. **Revista Paraense de Medicina**. v.20, n.1, 2006.

MEDEIROS, J. K. B. et al. Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela Fisioterapia. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Londrina (PR), v.7, p.367-372, 2009.

MEIRA, E. A. et al. Método Canguru: a visão do enfermeiro. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. Campinas, v.26, n.1, p.21-26, 2008.

MILTERSTEINER, A. R. et al. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-temos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev. bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3, n.4, p.448, 2003.

NASCIMENTO, L. F. C.; GOTLIEB, S. L. D. Fatores de Risco para o Baixo Peso ao Nascer, com Base em Informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no Ano de 1998. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.10, n.3, p.113-120, 2001.

RIOS, Iamara Jacintho de Azevedo. **Mãe e Bebê Prematuro Extremo: Possibilidade de Vínculo em Situação Adversa [dissertação de mestrado]**. São Paulo: Pontifícia universidade Católica de São Paulo, p.98, 2007.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Ceará, v.40, n.4, p.515-523, 2006.

TOMA, Tereza Setsuko. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.233-242, 2003.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.

VIANA, C. C. et al. **Assistência ao recém-nascidos de baixo peso pelo Método Mãe-Canguru**. p.12, 2006.