



## ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA

**MÉTODO CANGURU COMO SUBSÍDIO PARA A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO NEONATO E FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA**  
**KANGAROO METHOD AS A BASIS FOR HUMANIZED CARE FOR THE NEONATE AND FAMILY: INTEGRATIVE REVIEW**  
**MÉTODO CANGURO COMO BASE PARA LA ASISTENCIA HUMANIZADA AL NEONATO Y FAMILIA: REVISIÓN INTEGRADORA**

Márcia Helena de Souza Freire<sup>1</sup>, Alessandra Patrícia Stelmak<sup>2</sup>, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>3</sup>, Raissa Bittencourt<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar as publicações científicas, no cenário brasileiro, relacionadas às vivências dos profissionais no método canguru. **Método:** revisão integrativa utilizando as bases de dados LILACS, BDEF e Biblioteca Eletrônica SciELO, de 2003 a 2012. A seleção dos artigos foi realizada após um processo de filtragem por critérios de inclusão e exclusão. Para análise foram percorridas as etapas do método de Ganong e para classificar o nível de evidência utilizou-se a classificação de Stetler *et al.* **Resultados:** foram selecionados oito artigos, com predominância do nível de evidência 4. Os objetivos tiveram em comum a inquietação por compreender o processo de implantação do método canguru e sua dimensão estrutural e operacional. Foram evidenciadas fragilidades e potencialidades relacionadas à implementação do método. **Conclusão:** as percepções dos profissionais foram amplamente citadas, mas não relacionadas com os demais atores envolvidos no método nem com as condições de trabalho. **Descritores:** Método Mãe Canguru; Enfermagem Materno-Infantil; Literatura de Revisão como assunto.

**ABSTRACT**

**Objective:** to assess the scientific publications in the Brazilian scenario related to professionals' experiences with the kangaroo method. **Method:** integrative review using LILACS, BDEF, and SciELO Electronic Library databases from 2003 to 2012. The selection of articles was performed after a filtering process by inclusion and exclusion criteria. The steps of Ganong's method were followed for the analysis and the classification proposed by Stetler *et al.* was used to classify the evidence level. **Results:** eight articles were selected, with predominance of the level 4 evidence. The goals were based on the concern to understand the implementation process of the kangaroo method and its structural and operational dimension. Weaknesses and potentialities related to the implementation of the method were observed. **Conclusion:** the perception of professionals was widely cited, but not related to the other actors engaged in the method or to working conditions. **Descriptors:** Kangaroo-Mother Care Method; Maternal-Child Nursing; Literature Review as topic.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar las publicaciones científicas en el escenario brasileño relacionadas con las experiencias de profesionales con el método canguro. **Método:** revisión integradora utilizando las bases de datos LILACS, BDEF y Biblioteca Electrónica SciELO del 2003 al 2012. La selección de artículos se llevó a cabo después de un proceso de filtrado con los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis fueron llevado a cabo los pasos del método de Ganong y para clasificar el nivel de evidencia se utilizó la clasificación de Stetler *et al.* **Resultados:** se seleccionaron ocho artículos, con predominio del nivel de evidencia 4. Los objetivos tenían en común la preocupación por comprender el proceso de implantación del método canguro y su dimensión estructural y operacional. Fueron observadas debilidades y potencialidades relacionadas con la implementación del método. **Conclusión:** las percepciones de los profesionales fueron ampliamente citadas, pero no relacionadas con los otros actores involucrados en el método o con las condiciones de trabajo. **Descritores:** Método Madre Canguro; Enfermería Materno-Infantil; Literatura de Revisión como tema.

<sup>1</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Epidemiologia, Curso de Graduação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: [marcia.freire@ufpr.br](mailto:marcia.freire@ufpr.br); <sup>2</sup>Enfermeira, Especialista em Neonatologia, Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Neonatal, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestranda, Programa de Mestrado Profissional, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: [stelmak@pop.com.br](mailto:stelmak@pop.com.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: [gregos@matrix.com.br](mailto:gregos@matrix.com.br); <sup>4</sup>Enfermeira egressa, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: [rascurupa@hotmail.com](mailto:rascurupa@hotmail.com)



## INTRODUÇÃO

A despeito do constante descenso em um grande número de países, e acentuadamente no Brasil, nas duas últimas décadas, um dos grandes problemas mundiais de saúde pública ainda é a elevada taxa de mortalidade infantil. O indicador de risco de morte de crianças menores de um ano ainda é considerado elevado e incompatível com o desenvolvimento de nosso país, pois se evidencia que cerca de 62% dos óbitos dos nascidos vivos com peso ao nascer acima de 1.500 gramas poderiam ter sido evitados.<sup>1</sup> Em 2010, um entre quatro óbitos de menores de um ano ocorreu nas primeiras 24 horas após o nascimento – o óbito neonatal. Este geralmente está relacionado a situações da gravidez, do parto, à disponibilidade e qualidade da atenção perinatal, às características biológicas das mães e às condições socioeconômicas das famílias.<sup>2</sup>

Neste contexto encontra-se estreitamente relacionada com a taxa de mortalidade infantil a prematuridade que pode ser decorrente de múltiplas causas, previsíveis ou não. Segundo a Organização Mundial da Saúde, foi a primeira causa proporcional de morte na infância de crianças abaixo de cinco anos de idade, representando 17% das mortes em todo o mundo em 2011. O mesmo foi observado para infecções respiratórias.<sup>3</sup>

O nascer prematuramente, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação, acarreta desestruturação familiar, alterando expectativas e anseios na perinatalidade. Um recente estudo Colombiano apontou que, na percepção materna, a gravidez não é suficiente para a maternagem e que a separação da mãe de seu filho nascido prematuro, além do distanciamento, precipita um sentimento de 'vazio', desconhecimento, insegurança e incapacidade para o cuidado ao seu filho.<sup>4</sup>

Nesta ótica percebe-se que esforços devam ser envidados para proporcionar a manutenção da vida das crianças que nascem prematuramente e favorecer a adaptação à vida extrauterina, mesmo antes da plena maturidade de seus órgãos. Assim, cuidar de um recém-nascido (RN) prematuro ou de baixo peso em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) apresenta-se como um desafio diário à equipe de saúde, pois as ações prestadas aos neonatos podem ser definidoras do processo de desenvolvimento infantil dessas crianças. Exige ainda um ambiente com alta tecnologia e profissionais capacitados para assistir as suas necessidades, de forma

humanizada, estrutura fundamental para a sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso.<sup>5</sup>

Considerando a evolução técnico-científica dos serviços de saúde e a não correspondente evolução na qualidade das relações humanas, tornou-se necessária a discussão acerca da humanização do atendimento em saúde, tema que tem sido objeto de vários debates nacionais e internacionais. Destaca-se como programa prioritário do Ministério da Saúde (MS) a humanização em saúde, tendo em vista a demanda de programas propostos pelo governo: Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNH (2000); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN (2000); Método Canguru - MC (2000); Programa de Acreditação Hospitalar- PAH (2001); e o Programa Nacional de Humanização (PNH) - (2003), dentre outros.<sup>6</sup>

Esses programas buscam aprimorar a qualidade da assistência com foco no cuidar humanizado que emerge de conceitos variados, porém convergem ao final para o cuidado ético, individualizado, respeitando as singularidades de cada ser humano, fato que exige uma reorganização das instituições de saúde com valorização das relações sociais.<sup>4</sup>

Neste sentido no Brasil, na perspectiva de mudanças no cenário da atenção materno infantil, foi lançado com a Portaria SAS/MS n. 693 de 05 julho de 2000, e atualizada em 12 de julho de 2007, sob n. 1.683, o MC.<sup>7</sup>

Este método baseia-se em um conjunto de ações humanizadas que envolvem o recém-nascido prematuro (RNPT) ou baixo peso (RNBP) e sua família, no intuito de proporcionar assistência adequada, ambiente acolhedor, incentivo da posição canguru e posterior acompanhamento ambulatorial, com o escopo de favorecer a formação do vínculo da tríade mãe-RN-pai, a diminuição dos estressores ao RN, incentivo ao aleitamento materno e a segurança dos pais no momento da alta hospitalar.<sup>7</sup>

No Brasil, a adesão ao MC não foi devida à falta de equipamentos, como historicamente ocorreu na Colômbia no ano de 1979, e nem como substituição às práticas tradicionais, mas por verificar uma prática de cuidado humanizado que traz grandes benefícios ao RN e família. Essa metodologia está dividida em três etapas, a saber: primeira etapa hospitalar na UTIN, a família participa dos cuidados ao RN; na segunda etapa, na unidade de cuidados intermediários neonatais canguru (UCINCa)<sup>8</sup>, a mãe reinterna e assume a integralidade dos cuidados ao RN, com supervisão da equipe de enfermagem; e, na terceira etapa, é realizado o acompanhamento ambulatorial do RN. Em todas as etapas do método existem critérios



de elegibilidade para a mãe e para o RN que estão contidos no Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo Peso - Método Canguru.<sup>7</sup>

Uma vez estabelecida a política pública nacional, através da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, surgiu a necessidade do desenvolvimento de estratégias para disseminação do MC pelo País. Estabeleceram-se os Centros de Referência Nacional do MC, e assim iniciaram-se as formações de tutores e a capacitação das equipes de diversas maternidades para a implantação e promoção do MC.<sup>9</sup>

Um estudo realizado em 2010 mostra que em 84,9% das maternidades capacitadas pelo MS somente 43,7% implantaram as três etapas. Este fato denota a capacitação do MS como imprescindível para o início do processo, mesmo frente às dificuldades para a implantação e manutenção das três etapas.<sup>10</sup>

Existem diversos estudos com abordagem ao MC e os mesmos apontam suas potencialidades e limites. Nesta pesquisa partiu-se do pressuposto de que os profissionais da equipe de saúde hospitalar, em especial das unidades de terapia intensiva (UTI), são as pessoas que irão desenvolver estes cuidados, constituindo-se os mesmos os determinantes na implantação e aplicação do MC nas maternidades.

A presente pesquisa foi norteadada pela seguinte pergunta: Qual é o estado da arte das publicações brasileiras relacionadas às vivências dos profissionais no Método Canguru nos últimos dez anos (2003 a 2012)?

## OBJETIVO

- Analisar as publicações científicas, no cenário brasileiro, relacionadas às vivências dos profissionais no método canguru.

## MÉTODO

Este artigo foi elaborado a partir da monografia "Método Canguru: revisão integrativa como subsídio para o cuidado humanizado ao neonato e família" apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil, 2013.

A revisão integrativa tem sido adotada como uma ferramenta importante no campo da saúde. Esta modalidade de pesquisa facilita o processo de comunicação dos resultados de pesquisas e de sua utilização na prática clínica, por sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática, direcionar a

prática fundamentando-se em conhecimento científico e fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde.<sup>11</sup>

Existem diversos métodos para conduzir uma revisão integrativa assim como para realizar uma pesquisa primária.<sup>12</sup> Para esta revisão foram percorridas as seguintes etapas utilizando o método descrito por Lawrence H. Ganong, em 1987, a saber: seleção de uma hipótese ou questão para revisão; pesquisa de amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; análise dos dados encontrados; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.<sup>12</sup>

A pesquisa de amostragem para esta revisão integrativa foi iniciada em outubro de 2012, em busca de respostas para a pergunta de pesquisa acima mencionada. Teve a duração de três meses, de outubro a dezembro. Foram mapeados os artigos indexados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); da Base de Dados da Enfermagem (BDENF), e da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período de 2003 a 2012. O intervalo foi escolhido por representar um período de 10 anos de vigência da política nacional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP) ou Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT).

Para a delimitação da abordagem temática foi recortada a vivência dos profissionais e desenhou-se uma trajetória metodológica, desenvolvida a seguir. De início, elegeu-se a estratégia de busca pela expressão 'Método Canguru' no título, pois permitiu a seleção dos artigos que apresentavam o MC como objeto de estudo e não apenas como citação. Na utilização da biblioteca virtual em saúde Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a quantidade de artigos encontrados com a expressão "Método Mãe Canguru" foi significativamente menor em relação aos encontrados com a expressão "Método Canguru" no título.

Como critérios de inclusão para a seleção dos artigos elegeram-se artigos indexados nas bases de dados definidas, disponíveis na íntegra e gratuitamente, e cujos títulos incluíssem a expressão "Método Canguru" na língua portuguesa, devido às peculiaridades na aplicação do MC, relacionando-se intimamente com características sociais, econômicas e culturais de cada país.<sup>10</sup> Como critérios de exclusão estiveram os estudos não publicados, teses e dissertações, artigos indisponíveis gratuitamente, não relativos ao recorte temporal, em diferentes idiomas e que não abordassem o tema escolhido.



A seleção inicial apresentou: 40 artigos da SciELO, dos quais cinco eram repetidos (foram excluídas as repetições); 25 artigos da BDEF; e 67 artigos da LILACS, totalizando 127 artigos. Esses, após a filtragem dos critérios de inclusão e exclusão, passaram a representar: 35 artigos da SciELO; 37 artigos da LILACS; e 15 artigos da BDEF, totalizando 87 artigos. Na sequência, após leitura sistematizada do título e resumo dos artigos, constatou-se que 31 artigos eram comuns às três bases de dados. Assim, somando-se os 31 artigos comuns a quatro artigos exclusivos da SciELO e a seis artigos exclusivos da base de dados da LILACS, totalizaram-se 41 artigos. Estes 41 artigos foram agrupados em grandes quadros – denominados pelos pesquisadores de quadros-mãe – por base de dados e discriminados com as seguintes categorias: título do artigo; titulação dos autores; área de produção; revista e ano de publicação; foco do artigo; metodologia; e conclusões.

Neste processo de seleção foi observada uma densidade de 49% (n=20) de publicações pela área profissional da enfermagem, seguida de 17% (n=7) desenvolvidos por secretarias municipais e estaduais de saúde, 12% (n=5) pela medicina, 10% (n=4) fisioterapia, 5% (n=2) fonoaudiologia, e 2% (n=1) psicologia. Observou-se também 5% (n=2) de publicações conjuntas entre enfermagem e medicina. O montante dessas publicações (65%) ocorreu entre os anos de 2006 e 2010 com um decréscimo acentuado entre os anos de 2011 e 2012.

Com a categorização desses artigos, segundo o desenvolvimento temático do MC, emergiram sete subcategorias: 16 artigos (39%) foram relacionados à vivência dos familiares; 10 artigos (24,4%) aos impactos ao recém-nascido; seis artigos (14,6%) foram de revisão bibliográfica; quatro artigos (9,7%) destacaram as vivências dos profissionais com a implantação do MC; três artigos (7,3%) envolvendo a vivência dos profissionais na aplicação do MC; um artigo (2,5%) voltado à implantação propriamente dita do MC; e um artigo (2,5%) relacionando a vivência dos

familiares e dos profissionais. Portanto, com abordagem focada nas vivências dos profissionais com o MC, obteve-se uma amostra de oito artigos.

A redução intencional do número de artigos para análise é justificada pela possibilidade de um trabalho de revisão integrativa e devido à importância da atuação dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, para o desenvolvimento das atividades do MC nas maternidades, sendo determinantes na implantação e aplicação do método.<sup>10</sup>

Por fim, foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados preenchido com cada artigo da amostra, o qual permitiu a identificação dos seguintes tópicos: bases de dados; periódicos; ano de publicação; autores; títulos; etapas do MC implantadas; detalhamento metodológico e amostral; nível de evidência dos artigos; objetivo da pesquisa; conclusões; e recomendações.

Para a análise do nível de evidência e recomendações utilizou-se a classificação proposta por Stetler *et al.*<sup>11,13</sup> Foi desenvolvida uma análise dos dados encontrados nos resultados, os quais foram organizados em figuras. Para algumas análises, na interpretação dos resultados utilizou-se apresentação quantitativa, com número absoluto e proporcional e, para outras, a apresentação qualitativa do conteúdo veiculado pela publicação científica, categorizando-os em alguns momentos como potencialidades ou fragilidades apontadas. Justifica-se essa variante na apresentação a partir da intenção de adequabilidade da apresentação da revisão para a devida discussão.

## RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes aos oito artigos selecionados para realização desta revisão integrativa com abordagem à vivência dos profissionais no MC. Inicia-se com a Figura 1 que apresenta as bases de dados, o título do artigo, o nome do periódico, local de desenvolvimento da pesquisa e ano de publicação.





Ref*	Base Dados	Título Do Artigo	Periódico	Local	Ano	
10	SciELO LILACS	Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos	Cad. Pública	Saúde	Diversas capitais	2012
14	SciELO LILACS	Método mãe canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método	Rev. CEFAC		Bahia	2011
15	SciELO	O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde	Psicol. Soc.		Rio Grande do Norte	2011
16	SciELO LILACS	Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário	Acta Enferm	paul.	São Paulo	2008
17	SciELO LILACS BDENF	Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em hospital universitário	Acta Enferm	paul.	Paraná	2006
18	LILACS SciELO BDENF	O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal	Rev. Enferm.	bras.	Santa Catarina	2006
19	LILACS SciELO	O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação	Cad. Pública	Saúde	São Paulo	2006
20	SciELO LILACS	Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru"	Rev. Bras. Mater. Infant.	Saúde	Rio de Janeiro	de 2006

\*Ref.= remete para cada referência bibliográfica completa na relação final.

Figura 1. Distribuição dos artigos segundo banco de dados de origem, título, periódico, local e ano de publicação.

Na figura 2 é apresentado o tipo de estudo, a metodologia e o nível de evidência dos artigos.

Ref*	Metodologia	Evidência
10	Estudo de avaliação qualitativa, com realização de visitas às maternidades para entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde, gestores e mães.	Nível 4
14	Estudo quantitativo descritivo observacional realizado a partir de um levantamento de dados dos hospitais/maternidades públicos de Salvador, bem como de questionário aplicado aos profissionais de saúde inseridos na segunda etapa do método.	Nível 4
15	Estudo qualitativo realizado a partir da perspectiva da etnografia institucional, mediante entrevistas aos profissionais do Programa Canguru, com a estratégia de grupo focal.	Nível 4
16	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com coleta de dados mediante entrevistas semiestruturadas.	Nível 4
17	Relato de experiência de enfermeiros e demais profissionais da equipe multiprofissional sobre o processo de implantação do Método Mãe Canguru em instituição hospitalar universitária.	Nível 5
18	Relato de experiência sobre uma prática educativa, na qual foram organizadas oficinas planejadas com a proposta de um processo educativo/reflexivo sobre o Método Canguru, utilizando-se a metodologia problematizadora.	Nível 5
19	Estudo transversal, desenvolvido a partir de respostas a um questionário encaminhado, via correio, para hospitais públicos.	Nível 4
20	Estudo descritivo transversal, no campo da pesquisa avaliativa, sobre os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde com respeito ao Método Canguru, realizado a partir da aplicação de questionários presenciais.	Nível 4

\*Ref.= remete para cada referência bibliográfica completa na relação final.

Figura 2. Distribuição dos artigos segundo tipo de estudo, sua opção metodológica e seu nível de evidência.

As Figuras 3 e 4 mostram os principais resultados encontrados, que foram categorizados como potencialidades e

fragilidades, no sentido de permitir uma discussão mais detalhada.

Potencialidades	Referências*	%**
Importância do trabalho em equipe.	14-16-17-18	50
Importância da capacitação.	10-17-19	37,5
Importância de documentos de apoio assistencial e de monitoramento do cuidado MC.	17	12,5
Medidas facilitadoras para a implantação do MC: ser hospital escola, ser hospital amigo da criança, ter banco de leite humano, ter acima de 12 profissionais capacitados.	19	12,5
Valorização da participação da mãe no MC pelos profissionais, gestores e próprias mães.	10	12,5

\*Ref.= remete para cada referência bibliográfica completa na relação final.  
\*\*Percentual à partir dos oito artigos.

Figura 3. Categorização dos artigos segundo as potencialidades que veiculam.



Fragilidades	Referências*	%
<b>A) Aspectos gerenciais administrativos e estruturais</b>	10-16-19-20	50
Estrutura física inadequada.	7-16-20	37,5
Recursos humanos insuficientes.	10-16	25
Recursos organizacionais e materiais inadequados.	10-16	25
Capacitação focada apenas nos profissionais.	19	12,5
Falta de envolvimento dos profissionais no processo de decisão.	16	12,5
Falta de apoio institucional.	10	12,5
<b>B) Aspectos profissionais singulares</b>	10-15-16-17-18-19-20	87,5
Falta de adesão às medidas preconizadas pelo MC e lacuna entre conhecimento e aplicabilidade.	10-17-18-19-20	62,5
Insuficiência da valorização da participação familiar no MC.	18-19-15	37,5
Profissionais relacionam o MC somente com a segunda etapa.	20	12,5

\*Ref.= remete para cada referência bibliográfica completa na relação final.

Figura 4. Categorização dos artigos segundo as fragilidades que veiculam.

Ref.	Recomendações	Iniciativas Sugeridas
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter capacitações para trabalhadores de todos os níveis, inclusive gestores.</li> <li>➤ Realização de novos estudos de avaliação dos resultados neonatais, de acordo com a proposta brasileira, consolidar as vantagens do MC.</li> <li>➤ Criação de protocolos para o acompanhamento das etapas do MC.</li> <li>➤ Apoio institucional pela definição de rede de apoio para os demais familiares/filhos na ausência da mãe em domicílio (devido acompanhamento do RNPT/BP no MC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação;</li> <li>- Avaliação;</li> <li>- Protocolos institucionais;</li> <li>- Apoio institucional.</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realização de outros estudos comparativos entre hospitais e maternidades públicas, que tenham ou não o MC, para evidenciar a efetividade do MC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação;</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incorporação da dimensão sociocultural dos sujeitos que vivenciam o MC nos programas ou políticas de saúde.</li> <li>➤ Maior valorização da participação materna na prática cotidiana do MC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação da política/programa institucional.</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acompanhamento e avaliação contínuos de todo o processo de mudança no serviço para subsidiar a reorganização das atividades assistenciais, gerenciais e de ensino e pesquisa.</li> <li>➤ Enfermeira como desencadeadora do processo de mudança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação;</li> <li>- Papel da enfermeira;</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interação dos recursos tecnológicos com as relações humanas e familiares.</li> <li>➤ Iniciativa do MC interativa e integrada às já existentes para melhoria da qualidade da assistência multiprofissional e da qualidade de vida do paciente.</li> <li>➤ Equipe sensível aos benefícios do MC para o bebê, família e na satisfação profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência multiprofissional;</li> <li>- Implantação integrada às ações existentes;</li> <li>- Sensibilização da equipe.</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a integralidade das ações profissionais para a continuidade do processo.</li> <li>➤ Manter e ampliar espaços democráticos, inclusivos e reflexivos do trabalho para o debate da assistência prestada centrados na informação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência multiprofissional;</li> <li>- Espaços de discussão.</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacitação continuada e ampliada (número de profissionais) com estratégias que incentivem a participação da família.</li> <li>➤ Maior envolvimento dos gestores com a criação de mecanismos de apoio para os profissionais, relacionados com a inter-relação dos atores envolvidos.</li> <li>➤ Apoio orçamentário público para implantação, acompanhamento e avaliação do método nos hospitais.</li> <li>➤ Inclusão de todas as esferas de gestão na estratégia governamental de implantação e disseminação do MC.</li> <li>➤ Desenvolver mais estudos sobre a implantação do MC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação;</li> <li>- Apoio gerencial/institucional local, municipal e estadual.</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Educação permanente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde que cuidam de RN.</li> <li>➤ Adequação da estrutura física das unidades neonatais.</li> <li>➤ Novos estudos para a avaliação ampla da implantação e dos resultados do cuidado neonatal sob o MC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação;</li> <li>- Avaliação;</li> <li>- Apoio institucional e governamental.</li> </ul>

Figura 5. Distribuição dos artigos segundo as recomendações e categorização das atividades sugeridas pelos autores.

As recomendações realizadas pelos autores são apresentadas na Figura 5 e relacionadas às iniciativas sugeridas para o alcance das propostas veiculadas pela política pública de cuidado humanizado ao RNPT e RNBP - MC.

## DISCUSSÃO

Com relação às bases de dados para a amostragem, verificou-se que houve repetição de 90% dos artigos, sendo que a biblioteca virtual SciELO contemplou 100% da amostra



(8), a LILACS 7 e a BDEF 2 do total dos oito artigos. A BDEF apresentou um menor número de artigos, provavelmente por ser uma base que disponibiliza exclusivamente artigos da área da enfermagem e apresentou artigos publicados até o ano de 2010, tendo a revisão contemplada até o ano 2012. Essa menor proporção, no entanto, não correspondeu à área de autoria, pois no percurso metodológico para a seleção da literatura mais de 49% dos artigos preliminarmente encontrados (n=41) tiveram como autores enfermeiros. Outra hipótese que pode ser levantada é relativa ao refinamento da amostra, o qual foi realizado com o escopo de seleção dos artigos que abordassem as vivências profissionais de saúde em relação ao MC, portanto não limitado para a área da enfermagem.

Quanto ao ano de publicação, 2006 apresentou o maior número de publicações (4; 50%). Essa característica pode ser consequente à época de início da difusão do MC pelo MS brasileiro em 2000, pois a prática do MC necessita de capacitações dos profissionais e adequações físicas, estruturais e de recursos humanos. Lembrando que de 2000 a 2003 foram realizados os primeiros cursos de capacitação para profissionais que atendiam alto risco em neonatologia, em nove centros de referência em MC credenciados pelo MS.<sup>7</sup>

No que diz respeito à autoria dos 41 artigos, 49% (20) das publicações selecionadas para o processo de amostragem da revisão integrativa eram da área de enfermagem, seguidos pela área médica (12; 5%), fisioterapia (4; 10%), parceria entre medicina e enfermagem (2; 5%), fonoaudiologia (2; 5%) e psicologia (1; 2%). Observou-se que este tema foi abordado por áreas profissionais diversas, fato indicativo de ele ser um campo multidisciplinar. A norma do MS referente ao MC preconiza que a equipe responsável pela assistência ao recém-nascido e família deve ser multiprofissional, constituída por: médicos; enfermeiros; psicólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; fonoaudiólogos; nutricionistas; e técnicos e auxiliares de enfermagem.<sup>7</sup>

Com foco nos oito artigos contemplados pela amostragem, dentre seus 22 autores, 50% (11) possuíam título de doutor, 18,2% (4) o título de mestre, 18,2% (4) eram especialistas, 4,5% (1) graduados, e 9% (2) eram acadêmicos. Ainda, segundo a área de atuação, 72,7% (16) pertenciam exclusivamente ao meio acadêmico e 27,3% (6) trabalhavam com a assistência direta à

saúde. Segundo autores, esta é a realidade das pesquisas no Brasil, ou seja, os profissionais da assistência à saúde, que apresentam uma riqueza de conhecimentos e um grande aporte de informações advindas de seus trabalhos, parecem não se interessarem, ou talvez não recebam apoio às pesquisas e publicações, ficando as pesquisas quase que exclusivas ao meio acadêmico.<sup>21</sup>

Considerando as três etapas complementares e sequenciais do MC, 26% (2) dos artigos abordaram exclusivamente a 2ª etapa e 37% (3) abordaram a 1ª e 2ª etapas do MC, o mesmo percentual para abordagem às três etapas do MC. Evidenciou-se assim que a etapa mais abordada nos estudos foi a segunda, achado que corrobora com outra pesquisa,<sup>20</sup> na qual como resultado tem-se que os profissionais ainda relacionavam o MC apenas à 2ª etapa e à posição canguru.

Quanto à abordagem metodológica dos artigos, percebeu-se a prevalência de estudos realizados com a utilização da pesquisa descritiva em seis das oito publicações (Figura 2), portanto artigos de Nível 4 de evidência. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinado fenômeno, no caso o MC. Essa metodologia normalmente é utilizada por pesquisadores preocupados com a atuação na prática. Podemos concluir que o MC ainda prescinde de estudos de nível 1 com evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados, de Nível 2 com metodologia baseada em estudos individuais com delineamento experimental, e também de Nível 3, que são as evidências de estudos quase-experimentais.

Quanto aos objetivos dos oito artigos, verificou-se a intenção de conhecer como se desenvolveu o processo de implantação do MC nas maternidades, as dificuldades e facilidades desse processo,<sup>10,18-9</sup> como eram desenvolvidas as atividades por parte das equipes de enfermagem e suas percepções acerca do MC,<sup>15-16,20</sup> além de iniciativas de gestores federais, estaduais e regionais em conhecer o quantitativo de hospitais/maternidades que tiveram implantado e implementado o MC.<sup>14</sup> Observaram-se também relatos de experiência que socializavam maneiras de implantar e reforçar a prática do MC nas instituições hospitalares;<sup>14,17</sup> no entanto, observou-se uma inquietação, por parte dos pesquisadores relatados nesta pesquisa da literatura, em compreender este processo em sua dimensão estrutural e operacional.

Os autores em suas pesquisas acerca das percepções da equipe de enfermagem em



relação à implantação e desenvolvimento do MC chegaram a conclusões variadas, as quais puderam ser categorizadas operacionalmente, para maior clareza da discussão, em potencialidades e fragilidades. Isto foi realizado após repetidas leituras cuidadosas de cada artigo, buscando colocar em evidência as considerações e suas similaridades e disparidades.

Nesta ótica, com relação às potencialidades (Figura 3), ou seja, aquelas situações esperadas, desejáveis, que indicam o sucesso do MC, de sua implantação e implementação das ações humanizadas de cuidado o RN e sua família, se observou que 50% (4) dos artigos apontaram a importância do trabalho em equipe multiprofissional nas práticas do MC para que houvesse troca de informações, de conhecimento, em uma relação dialógica que visasse à unidade no cuidado e a eficácia da implementação do MC.<sup>11,15,17-8</sup>

Na sequência, 37,5% (3) enfatizaram a importância das capacitações, do processo de educação, que deve permear toda a prática assistencial, para que sejam quebrados tabus de uma assistência tradicional e também contribua com a valorização e respeito profissional.<sup>11,18</sup>

Em menor frequência, um artigo (12,5%) apontou a importância da valorização por gestores e profissionais e da participação ativa das mães no processo de recuperação do RN de risco propiciado pelo MC. Neste sentido é imprescindível a capacitação e o diálogo permanente da equipe de cuidado. As mães entrevistadas também se perceberam importantes neste processo. Reconheceram o papel ativo de mãe e concordaram com os profissionais ao citarem que o RN perto da mãe se recupera mais rápido.<sup>14</sup>

Não menos importante, mas em menor número, foram apontadas, em uma publicação, medidas tidas como facilitadoras para a implantação do MC, por meio de incentivo ao aleitamento materno e à formação do vínculo mãe-bebê, a saber: ser hospital amigo da criança e ter banco de leite humano. Sabe-se que o apoio ao aleitamento materno e alojamento conjunto são imprescindíveis para a concretização do MC nas rotinas hospitalares.<sup>26</sup> Outra situação que corrobora para a implementação das ações do MC é a equipe capacitada. Neste artigo foi considerado como ponte de corte para o sucesso do MC ter mais de 12 profissionais capacitados.<sup>23</sup>

Ressalta-se também que instrumentos para registro do processo do cuidado ao RN/família no MC devem ser instituídos para que sejam

monitoradas evidências do seu sucesso, ou mesmo, para que possam ser apontadas situações que devam ser ajustadas.<sup>17</sup> As fragilidades, aqui significando os resultados que estejam fora do desejável e esperado para o sucesso do MC, foram divididas em: aspectos gerenciais administrativos e estruturais (AGAE), ou seja, os que sob uma perspectiva mais ampliada são os relativos à estrutura macro da Instituição; e em aspectos profissionais singulares (APS), os quais se relacionam intimamente com a disposição e atitude do profissional de saúde. Nestas categorias percebeu-se que 87,5% dos artigos apresentaram fragilidades em relação aos APS, enquanto 50% apontaram-nas para os AGAE.

Esses dados confirmam a explanação anterior de que os profissionais de saúde são determinantes na aplicação do MC<sup>10</sup> e podem interferir contrariamente ao preconizado pelo MS. Os mesmos têm maior peso do que as questões administrativas na influência contrária à incorporação desta metodologia, leitura esta fundamentada nos artigos publicados na última década e ora em análise integrativa.

Dentre os APS, a fragilidade mais citada foi a falta de adesão às medidas preconizadas pelo MC, citação esta que apareceu em 62,5% (5) das amostras.<sup>10,16-18,20</sup> Este resultado aponta que alguns profissionais de saúde podem até conhecer as etapas do MC e defini-lo como benéfico à família e RN, porém, as mudanças de paradigmas não ocorreram nas ações práticas, ou seja, evidencia-se a dificuldade nos processos de mudanças nos serviços de saúde.<sup>20</sup> Toda mudança cultural de uma instituição depende de esforços dos envolvidos, porém, em relação ao MC, percebeu-se uma resistência e desinteresse de alguns profissionais, por não atribuírem importância ao método, tornando a prática de assistência pouco reflexiva.<sup>18</sup>

Outro ponto de fragilidade destacado em 37,5% (3)<sup>15,19-20</sup> dos estudos foi a falta da valorização da família no cuidado ao RN. Salienta-se que um dos pilares do método é o envolvimento da família nos cuidados, buscando o fortalecimento do vínculo mãe-RN e mãe-equipe, além de uma alta hospitalar segura.<sup>7</sup>

Neste aspecto pode-se inferir que as equipes de enfermagem são tradicionalmente centralizadoras do cuidado ao neonato e, embora a prática dos pais participantes não seja recente, isso remonta ao Estatuto da Criança de 1990, além de ter sido estudada e comprovada sua importância internacionalmente há mais de duas





décadas.<sup>23</sup> No entanto, o que se observa na prática é que ainda falta um tempo para todos os profissionais internalizarem, ou por que não dizer acreditarem, que as ações de cuidado ao neonato em UTI podem ser realizadas com segurança pelos pais, uma vez que haja a educação em saúde e uma supervisão adequada desses cuidados.

Dentre os AGAE, emerge de maneira marcante nos estudos científicos realizados a estrutura física inadequada, com 37,5% (3).<sup>10,16,20</sup> Como o MC no Brasil é preconizado em três etapas, lembra-se que na segunda etapa existe a necessidade de uma enfermaria que acolha a mãe e seu RN, a qual deve ser anexa a UTIN. Assim, a necessidade de adequar os espaços físicos nas instituições hospitalares, públicas ou privadas, requer discussões aprimoradas, envolvendo peritos da área, planejamento financeiro e, sobretudo, a aceitação por parte dos gestores envolvidos. Em outro artigo encontrado no percurso desta revisão, a mesma dificuldade foi denotada, principalmente em relação ao ambulatório para acompanhamento do RN após alta, ou seja, a 3ª Etapa do método.<sup>10</sup>

Outro obstáculo apontado, em 25% (2) dos artigos,<sup>10,16</sup> foi a falta de recursos humanos. Faz-se necessária a lembrança de que já no primeiro Manual do MS sobre o MC (2002) faz-se abordagem à necessidade de profissionais, além de preconizar o recurso físico da enfermaria canguru. Neste sentido, a Portaria GM nº 930, de 10 de maio de 2012, passou a preconizar nova classificação dos leitos de unidade neonatal, na qual se consideram leitos de cuidados intermediários neonatais (UCIN) que são subdivididos em convencionais (UCINCo) e de ocupação para a aplicação do MC (UCINCa).<sup>8</sup>

Ainda como desafio na implementação do MC, mostra-se a falta de apoio institucional,<sup>10</sup> provavelmente pela não participação dos gestores nas capacitações – questão já abordada anteriormente – bem como a inadequação dos recursos organizacionais e a escassez de recursos materiais. A pauperização das condições do local de trabalho tornam o usuário e o profissional mais expostos aos riscos à sua integridade física decorrentes de uma assistência precária.<sup>24</sup>

Finalmente, com relação às recomendações, fez-se um exercício de torná-las expressas em iniciativas sugeridas, pois desta maneira prevê-se um movimento no sentido de alcançá-las, transformá-las em ações práticas.

Como recordista de recomendações encontrou-se o apoio gerencial em seis artigos

da amostra,<sup>10,15,17-20</sup> quer seja ele local ou institucional, municipal e estadual, cada qual em seu nível de atuação, na implantação e implementação das práticas relacionadas ao MC. Inclusive, as possíveis ações dos atores envolvidos na gerência foram relacionadas como a criação de políticas que incentivassem as ações preconizadas pelo MC.<sup>15</sup> A adequação da política ou programa institucional na perspectiva de seus interlocutores, incorporando a dimensão sociocultural dos sujeitos, foi recomendada,<sup>15</sup> além de protocolos institucionais que normatizem o MC,<sup>10</sup> abordando a incumbência de cada profissional, incluindo gestores nesta metodologia, e que facilitem a aplicação das ações humanizadas nas práticas assistenciais, como documentos para avaliação da dor do neonato, dos sinais dos RN e mães após a posição canguru e de acompanhamento das internações na enfermaria canguru.

Apesar de aparecer em somente um artigo,<sup>18</sup> mas, considerados também como apoio gerencial, os espaços de discussões para o desenvolvimento do MC são imprescindíveis para a construção desse novo paradigma de cuidar do neonato de baixo peso. A proposta apresentada na norma pelo MS é norteadora do processo do MC, porém os serviços devem adequar suas ações de cuidados baseados em suas possibilidades de mudanças e frequentemente reavaliar esses processos para que novos avanços possam acontecer.

Neste sentido, a necessidade da continuidade das capacitações foi recomendada em 37,5% (3) dos artigos,<sup>10,19-20</sup> os quais ainda enfatizaram a importância da participação dos gestores, que são os responsáveis pelas tomadas de decisões, em não promoverem as capacitações, pois não se apoderam de todo o conhecimento que esta metodologia traz ao cuidado do neonato de baixo peso.

Dentre as recomendações feitas nos artigos em análise, a citada em 37,5% (3) dos artigos<sup>10,14,20</sup> é o incremento no número de estudos que avaliem as práticas relacionadas ao MC. Dentre os enfoques para estudos futuros, recomendou-se: a avaliação dos resultados neonatais; da implantação do método nos hospitais; da dinâmica de trabalho dos profissionais; do contexto político, social e cultural do local de implantação da referida metodologia e impacto do MC.

Apenas um artigo da amostra<sup>16</sup> investigou a importância do papel da enfermeira no processo de mudança. Na unidade neonatal, os pais dos RN internados na UTIN identificaram a enfermeira como a articuladora dos cuidados, a que oferece



apoio e orientações necessárias para a manutenção do vínculo e o acolhimento.<sup>25</sup> Com vistas ao alcance da assistência qualificada, a enfermagem facilita a interação e vínculo entre a díade e a interação entre ambos e os profissionais.<sup>26</sup> A enfermeira junto à equipe são os que permanecem mais tempo ao lado do RN e familiares, tendo mais clareza das necessidades de cada tríade e oportunidade para aplicar os princípios do MC.

Afirma-se com essa revisão integrativa que perante a necessidade de um maior número de publicações sobre o MC, as mesmas devam relacionar-se às vivências e condições de trabalho dos profissionais de saúde e, também, ao posicionamento dos gestores, pois estes podem ser considerados os principais atores no processo de mudança institucional.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram múltiplas considerações sobre as práticas profissionais no MC, mesmo que os profissionais de saúde, por vezes, possam interferir negativamente em tais práticas. A fragilidade mais encontrada nos artigos analisados foi a falta de adesão às medidas preconizadas pelo Protocolo do MC. Este fato denota que alguns profissionais não incorporaram nas suas práticas esta metodologia, focando-se, por vezes, apenas no RN, sem avaliar a mãe e demais fatores envolvidos, como as questões sociais da família e de sua rede de apoio social e a ambiência da UTIN, dentre outros aspectos. Porém, também se evidencia como as questões administrativas podem influenciar contrariamente as práticas assistenciais e a incorporação desta metodologia. Ressaltam-se dentre as principais dificuldades na implantação do MC as pertinentes à gestão, como a inadequação dos recursos físicos, humanos e falta de apoio institucional.

Mesmo o MC sendo reconhecido como uma prática assistencial sensível e humanizada, que traz benefícios para o RN, sua família e inclusive à instituição de internamento, são encontradas diversas dificuldades para sua implantação e aplicação. Porém, com os achados desta revisão, várias medidas de enfrentamento às dificuldades e que potencializam as práticas relacionadas ao MC são abordadas. A atenção multiprofissional e, em consequência, o trabalho em equipe são apontados como importantes potencialidades nas práticas do MC, assim como as capacitações e elaboração de documentos de apoio assistencial, que servem também como monitoramento do cuidado prestado.

Embora a percepção dos profissionais seja abordada nos estudos da amostra, as

pesquisas são por vezes restritas. Faz-se esta consideração em virtude da falta de abordagem da vivência dos profissionais com os demais atores envolvidos, como as mães e os gestores, e também das próprias condições de trabalho, como carga horária e salários, além da estrutura física e recursos institucionais.

Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem o MC com suas inter-relações humanas (entre os atores sociais) e institucionais (político-administrativas), para que, de fato, seja incentivado o vínculo, o acolhimento e a participação dos pais nos cuidados ao RN prematuro e de baixo peso, com a incorporação das práticas do modelo de assistência do MC, garantindo assim, com humanidade, os direitos dos recém-nascidos e de suas famílias.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília (DF); [Internet] 2009. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual\\_Infantil\\_Fetal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf).
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011. Available from: [http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor\\_assets/attachments/138/DOCUMENTOS\\_REDE\\_CEGONHA.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf)
3. WHO. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Child mortality by cause, by region, 2000-2011: distribution of causes WORLD [cited 2013 Jul 18]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM DRWORLD?lang=en>
4. Ocampo MP. El hijoajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichán [Internet]. 2013. [cited 2013 July 15];139(1):69-80. Available from: <http://doctrina.vlex.com.co/vid/hijo-vivencia-madres-hospitalizados-480509338>
5. Ramos, HAC, Cuman, RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery RevEnferm [Internet]. 2009 [cited 2013 June 15];13(2):297-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v13n2/v13n2a09.pdf>
6. Souza, LAP. Mendes, VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de



Humanização (PNH).Interface (Botucatu) [online]. 2009 [cited 2013 Jun 15];13(1):681-88. ISSN 1807-5762. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 2nd ed. Brasília, 2011. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2012 May 11. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0930_10_05_2012.html)

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru - caderno do tutor. 2nd ed. Brasília; 2011.

10. Gontijo TL, Xavier CC; Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Cad Saúde Pública [Internet].2012;28(5):935-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500012>

11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein [Internet]. 2010 [cited 2013 May 13];8(1):102-06. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000097&pid=S0080234201200020003000011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000097&pid=S0080234201200020003000011&lng=en)

12. Ganong LH. Integrative review of nursing research. Res nursing health 1987;10(1):1-11.

13. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. J Nurs Adm [Internet]. 1998 [cited 2013 May 12];28(7-8):45-53. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709696](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709696)

14. Silva JR, Thomé CR, Abreu RM. Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. Rev CEFAC [Internet]. 2011 [cited 2013 May 03];13(3):522-33. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011000300016>

15. Véras RM, Yépez MAT. O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. Psicol Soc [Internet]. 2011 [cited 2013 May 15];22(spe)90-98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400012>

16. Parisi TCH, Coelho ERB, Melleiro MM. Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. Acta paul enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 May 05];21(4):575-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400007>

17. Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. Acta paul enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 May 23];19(3):349-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300016>

18. Costa R, Monticelli M. O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. Rev bras enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 May 06];59(4):578-82. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019620020.pdf>

19. Colameo AJ, Rea MF. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. Cad Saúde Públ [Internet]. 2006 [cited 2013 May 06];22(3):597-607. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300015>

20. Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2006 [cited 2013 May 13];6(4):427-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400010>

21. Dyniewicz AM, Guariente MHDM. A produção e a divulgação do conhecimento científico por enfermeiras assistenciais. J Nurs UFPE on line [Internet], 2009 [cited 2013 July 01];3(1):160-6. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewfile/277/pdf\\_845](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewfile/277/pdf_845)

22. Carvalho MR, Prochnik M. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDS, [Internet] 2001. 96p.: il. -



(BNDS Social: n.1). Available from: [http://www.bndes.gov.br/sitebndes/export/sites/default/bndes\\_pt/galerias/arquivos/conhecimento/bndes\\_social/bndes\\_social1.pdf](http://www.bndes.gov.br/sitebndes/export/sites/default/bndes_pt/galerias/arquivos/conhecimento/bndes_social/bndes_social1.pdf)

23. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 jul. 1990. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

24. Bellato R, Pereira WR. O gerenciamento em enfermagem frente a pauperização das condições materiais de trabalho. Rev Bras Enferm online [Internet]. 2004 [cited 2013 June 01];57(4):479-83. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019634019.pdf>

25. Guimarães GP, Monticelli M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Texto-contexto enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 May 02];16(4):626-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400006>

26. Martins LM, Padoin SMM, Rodrigues AP, Zuge SS, Paula CC, Trojahn TC. Oferta de aleitamento materno para recém-nascidos de baixo peso após a alta hospitalar. Cogitare Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 June 11];18(2):222-29. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29609>



Submissão: 21/02/2014

Aceito: 22/06/2014

Publicado: 01/10/2014

#### Correspondência

Márcia Helena de Souza Freire  
Universidade Federal do Paraná  
Departamento de Enfermagem  
Bloco Didático II - Campus Botânico  
Av. Prof. Lothário Meissner, 632  
Jardim Botânico Setor de Ciências da Saúde  
CEP 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil