

OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU NA UTI NEONATAL

(THE BENEFITS OF CANGURU MOTHER METHOD AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT [UTIN])

Alline Miranda **ROCHA**¹

Leonidas Antônio **CHOW-CASTILLO**²

¹Secretaria de Saúde
Prefeitura Municipal de Augustinópolis
Augustinópolis – TO

²Núcleo de Pesquisa e Extensão – NUPEX
Faculdade do Bico - FABIC
Augustinópolis – TO

Contato: allinemiranda123@outlook.com

RESUMO

O Método Mãe Canguru (MMC) foi proposto no Brasil com o objetivo de humanizar a atenção ao recém-nascido de baixo peso (RNBP), à semelhança do que ocorre nos países desenvolvidos, e não com o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais de terapia intensiva. O nascimento do RN prematuro, vinculado à necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) causa um momento de estresse em toda família, em virtude do local estranho e da manipulação por pessoas que não fazem parte do seu cotidiano. O objetivo deste trabalho é apresentar os benefícios para mãe e para o recém-nascido prematuro, utilizando este método, tendo seu início dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, onde foi realizada pesquisa bibliográfica na Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Revista Latino-Americana de Enfermagem, Google Scholar, artigos, revistas e outros trabalhos acadêmicos. Os resultados mostraram que a utilização do método mãe canguru iniciado dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com os neonatos prematuros aumenta o vínculo entre mãe e bebê, resultando, como consequência, em benefícios emocional e de saúde para ambos.

Palavras-chave: Benefícios. Neonato. Tratamento intensivo.

ABSTRACT

The Kangaroo Mother Method (MMC) was proposed in Brazil with the objective of humanizing attention to low birth weight newborns (NBW), similar to what occurs in developed countries, and not with the purpose of replacing neonatal unit technology of intensive care. The birth of premature newborns linked to the need for hospitalization in the neonatal intensive care unit (NICU) causes a moment of stress in the whole family, due to the strange place and manipulation by people who are not part of their daily lives. The purpose of this study is to present the benefits to the mother and premature newborn using this method, beginning at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The methodology used was the review of the literature on that subject, utilizing scientific data base, including the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Brazilian Journal of Nursing (REBEn), Latin American Journal of Nursing, Google Scholar, articles, journals, academic papers, among others. The results indicated that the utilization of the Kangaroo Mother Method at the Neonatal Intensive Care Unit with the premature neonates increases the bond between mother and baby and brings emotional and health benefits to both.

Keywords: Benefits. Neonate. Intensive treatment.

1 INTRODUÇÃO

O nascimento do RN prematuro vinculado a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) causa um momento de estresse em toda família, em virtude do local estranho, manipulação por pessoas que não fazem parte do seu cotidiano. A UTIN também causa estresse ao neonato devido seu ambiente com luminosidade e temperatura artificial, barulho, excessiva manipulação, sendo a maioria das manipulações, incomoda e dolorosa, o que causa impacto na qualidade de vida e desenvolvimento neuropsicomotor do RN (SANTOS, 2012).

A prematuridade é um problema de saúde pública no cenário mundial. Anualmente nascem 15 milhões de bebês pré-termos no mundo, uma incidência aproximada de um a cada dez nascimentos (AIRES et al., 2015).

Mundialmente, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, nascem por ano, cerca de 15 milhões de recém-nascidos (RN) prematuros, sendo que no Brasil, o número de partos prematuros, antes da trigésima sétima semana de gestação, é de 9,2%; assim, emerge no cenário contemporâneo um número significativo de crianças prematuras que necessitam de cuidados hospitalares prolongados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) (BRASIL, 2013). Diante do seu contexto histórico, o Método Mãe-Canguru foi desenvolvido na cidade de Bogotá, na Colômbia, entre 1978 e 1979, pelos médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez (NAGAI et al., 2010), com intuito de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro com foco na redução do tempo de permanência hospitalar.

O Método Mãe-Canguru (MMC) é o tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido, que implica em colocar o bebê em contato, pele a pele, com a mãe ou substituto, com início precocemente, continuando depois da alta hospitalar (BERA et al., 2014).

No Brasil, o Método Mãe-Canguru tem ocupado seu espaço desde 1992 (BRASIL, 2011), sendo o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, os pioneiros na introdução dessa técnica de cuidado no Brasil, iniciando de forma sistematizada esse novo protocolo de cuidado aos recém-nascidos (MACHADO et al., 2012).

O método MMC (BRASIL, 2013) consiste em 3 etapas: A 1ª etapa, realizada nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), é o período de adaptação e treinamento, onde a família recebe orientações quanto aos cuidados a serem realizados com as crianças, e a mãe recebe

orientação quanto aos cuidados pessoais, e a posição canguru pode começar a ser realizada a depender do quadro clínico do bebê.

Na 2ª etapa o recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe na enfermaria conjunta onde a posição-canguru será realizada pelo maior tempo possível. A 3ª etapa consiste no acompanhamento ambulatorial (Follow up) no qual há continuidade à assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso, após a alta hospitalar.

A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, foram realizadas pesquisas na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Revista Latino-Americana de Enfermagem, Google Scholar, artigos, revistas, trabalhos acadêmicos que abordam sobre a prática do método canguru em prematuros na UTIN e a importância do vínculo mãe e bebê.

2. MÉTODO MÃE CANGURU (MMC)

A classificação de prematuros, segundo a idade gestacional, agrupa-se em três categorias: prematuro limítrofe, com idade gestacional entre 35 e 36 semanas; prematuro moderado, entre 30 e 34 semanas; e prematuro extremo, com idade gestacional abaixo de 30 semanas (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

Esses autores afirmam que a classificação dos prematuros considera a idade gestacional, o peso ao nascer e/ou relação entre idade gestacional e o peso. Utilizando o peso como parâmetro, o prematuro pode ser classificado como de baixo peso ao nascer (RNBP), que tem peso entre 1.501 e 2.500 gramas; recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP), com peso entre 1.000 e 1.500 gramas e recém-nascido de muitíssimo baixo peso (RNMMBP), com peso inferior a 1.000 gramas.

Um importante programa que possibilita atender esta proposta e humanizar sua assistência é a utilização do Método Mãe Canguru (MMC), considerado uma importante estratégia dos serviços de atenção a RN críticos no Brasil (CARDOSO et al., 2006; DAVIM, 2010).

A proposta desse método favorece grandes ganhos para o cenário assistencial e científico da Enfermagem. O contato pele a pele entre mãe e filho co-responsabiliza a mãe na atenção às necessidades apresentadas pelo prematuro, ao mesmo tempo em que ela recebe os devidos cuidados dos profissionais de Enfermagem (PILOTTO et al., 2009).

O Método, segundo a concepção brasileira, é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto risco, seguindo com a internação do recém-nascido na UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), sendo realizada a posição canguru tão logo é possível para a mãe e recém-nascido. Na segunda etapa o bebê permanece de forma contínua com a sua mãe e a posição canguru é realizada na maior parte de tempo possível. Finalmente, a terceira etapa caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g (BRASIL, 2017).

A preocupação em reduzir a Mortalidade Infantil e diminuir o tempo de internação dos recém-nascidos prematuros tem sido o foco do Ministério da Saúde, que preocupado em encontrar uma forma de minimizar este problema lançou o Método Canguru. O Método Canguru é uma técnica de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém nascido prematuro, que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. (BRASIL, 2017).

Ressalta-se a necessidade de maior apoio institucional como melhoria da estrutura física, para maior efetividade da assistência com dimensionamento de uma equipe multiprofissional, visando à melhoria da técnica. Destaca-se que o método não necessita de equipamentos caros e sofisticados, mais sim de uma adequação do ambiente, podendo assim contribuir para o vínculo mãe-bebê e na humanização do cuidado neonatal. A implantação da técnica não necessita de criação de novos leitos de UTI, pelo contrário, acarreta a rotatividade de leitos neonatais, necessidade real no país, frente à carência e má distribuição de leitos em níveis regionais (GONTIJO, 2012; ENTRINGER, 2013; HENNING et al., 2006; SILVA, 2011).

De acordo com Schubert et al. (2011), o MMC divide-se em três etapas:

Primeira etapa: período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco, seguido do internamento do RNPT. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal;
- Prestar esclarecimentos sobre as condições de saúde do RNPT e sobre os cuidados dispensados;
- Prestar esclarecimentos sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal;
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário;
- Promover, sempre que possível, o contato com o bebê;
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipa de profissionais;

- Oferecer suporte para a amamentação;
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade;
- Assegurar a atuação dos pais e da família para promover o bem-estar do bebê;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências;
- Garantir a permanência da puérpera na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Reduzir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos;
- Adequar a prestação dos cuidados, de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê;
- Garantir ao bebê medidas de proteção do stress da dor.

Segunda etapa: Na segunda etapa o bebê permanece de maneira continuada com sua mãe, e a posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar:

- Critérios de elegibilidade para permanência do bebê:
 - ✓ Estabilidade clínica;
 - ✓ Nutrição entérica plena (peito, sonda gástrica ou copo);
 - ✓ Peso mínimo de 1.250g;
- Critérios de elegibilidade para permanência da mãe:
 - ✓ Desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio;
 - ✓ Consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde;
 - ✓ Capacidade de reconhecer os sinais de stress e situações de risco do recém-nascido;
 - ✓ Conhecimento e habilidade para colocar o bebê em posição canguru.
- Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades;
- Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário;
- Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais;
- A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contra-indicam a permanência nessa etapa.

A vivência contínua nessa 2ª etapa do MC favorece o vínculo entre mãe e filho, além de permitir uma troca de conhecimento entre essas e profissionais de saúde, possibilitando a construção de um laço afetivo duradouro, importante para o alcance do objetivo do programa. O contato direto da mãe com o(a) filho(a) fortalece os vínculos familiares, possibilitando um cuidar

mais humanizado, além de contribuir para o aleitamento materno e, conseqüentemente, para o aumento da resistência imunológica, com o ganho de peso e no desenvolvimento psicomotor do recém-nascido (SANTANA, et al. 2013).

São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- ✓ Mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê;
- ✓ Compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível;
- ✓ Peso mínimo de 1.600g.

Terceira etapa: Esta etapa caracteriza-se pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório e/ou no domicílio, até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial:

Atribuições no acompanhamento de ambulatório:

- ✓ Realizar exame físico completo do bebê tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- ✓ Avaliar o equilíbrio psicoafectivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte;
- ✓ Incentivar a manutenção de rede social de apoio;
- ✓ Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias;
- ✓ Orientar e acompanhar tratamentos especializados;
- ✓ Orientar esquema adequado de imunizações. O seguimento em ambulatório deve apresentar as seguintes características:
 - Ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores;
 - O atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipa interdisciplinar;
 - Assegurar atendimento continuado, sem necessidade de agendamento de consultas ou intervenções;
 - O tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade;
 - Após o peso de 2.500g, o seguimento em ambulatório faz-se de acordo com as normas aplicáveis aos bebês não prematuros (SCHUBERT et al., 2011).

Alguns autores relatam sobre a importância de aliar o método mãe-canguru com o processo de “Maternagem”, ou seja, o empoderamento dos familiares com relação aos cuidados do bebê. Não basta ficar em contato pele a pele, mas é importante estimular, inseri-lo nas relações, tocando, acariciando, conversando, estando próximo o maior tempo possível, de maneira a atenuar o processo sofrido e desconfortável que as crianças passam durante o período de internação.

Os cuidados assistenciais também devem ser compartilhados entre equipe de saúde e familiares, sendo os pais não apenas expectadores, mas sim ativos de maneira participativa (trocando fraldas, banho, nutrição, etc), estimulando a responsabilidade parental (HENNING, 2006; SILVA, 2011; COSTA, 2005; CAETANO, 2005).

2.1 IMPORTÂNCIA DO MÉTODO MÃE CANGURU NAS UNIDADES NEONATAIS.

Segundo Silvia et al. (2011), o Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como Cuidado Mãe Canguru ou Contato Pele a Pele, consiste em uma alternativa ao cuidado neonatal para o recém-nascido (RN) de baixo peso e prematuro. Foi idealizado e implantado pelos pioneiros Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia). Tal denominação foi inspirada nos mamíferos marsupiais, cujas fêmeas são dotadas de uma espécie de bolsa, onde seus pequenos filhotes, nascidos prematuramente, se mantêm aquecidos e são alimentados até que se complete o tempo adequado de gestação.

Em 2000 foi promulgada a Portaria MS/GM 693 (BRASIL, 2013), que publicou a Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso, com o objetivo de inserir o método como uma estratégia de humanização à assistência ao RN de baixo peso e incentivar uma mudança no perfil profissional. Esse modelo de cuidado se baseia em princípios que envolvem o acolhimento do RN e de sua família na UTIN, respeito às singularidades do RN e família, promoção do contato pele a pele, incentivo aos pais para cuidarem do RN no universo da UTI e diretrizes para a continuidade do cuidado.

O Método Mãe Canguru (MMC) foi proposto no Brasil com o objetivo de humanizar a atenção ao recém-nascido de baixo peso (RNBP), à semelhança do que ocorre nos países desenvolvidos, e não com o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais de terapia intensiva. O MMC brasileiro tem cinco elementos básicos: (1) alta precoce baseada nas condições clínicas dos RNBP, (2) amamentação exclusiva, (3) posição canguru para prover calor e estímulos, (4) educação e informação das mães, pais e da família nos cuidados dos prematuros e (5) acompanhamento ambulatorial para monitorar o crescimento e o desenvolvimento da criança. O

método é visto como uma alternativa ao método tradicional de assistência ao RNBP (VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004, BRASIL, 2013) .

O MMC é um sistema que permite o contato pele a pele entre a mãe e o bebê prematuro, oportunizado através de uma faixa de sustentação que envolve o bebê ao corpo da mãe, em posição vertical. Este método apresenta algumas vantagens em relação ao método tradicional (incubadora) de cuidado aos bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer. A principal delas é o aumento do vínculo mãe e filho devido ao menor tempo de separação entre ambos e a exposição prolongada do bebê à estimulação sensorial. Isso possibilita a ocorrência frequente do aleitamento materno (em casos nos quais é possível a prática da amamentação), pois oferece à mãe a possibilidade de se sentir mais segura para amamentar o filho, mesmo após a alta hospitalar. Essas experiências são menos frequentes através da utilização do método tradicional (BRASIL, 2011; CARDOSO et al., 2006; MOREIRA et al., 2009).

A norma brasileira deixa bem estabelecida a diferença entre método canguru e posição canguru. A posição canguru consiste em manter o RN de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, sobre o peito da mãe em contato pele a pele, sendo feito de forma precoce e crescente. Os pais, em contato físico com seu bebê passam a se sentir mais confiantes, compreendendo melhor as condições de saúde do seu filho (CRUVINEL, MACEDO, 2007; SANTOS et al., 2013).

2.2 EVIDÊNCIAS DOS BENEFÍCIOS

O MMC estimula a descida do leite, e permite a interação mãe-filho. Esse fator auxilia na ejeção do leite devido ao fortalecimento do estado emocional da mãe, além de contribuir para o desenvolvimento do reflexo de busca pela proximidade que o bebê tem ao seio materno, permitindo maior frequência e duração das mamadas. O MC vem sendo adotado como uma das principais estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, tendo sua eficácia comprovada em estudos, nos quais a incidência de aleitamento materno exclusivo foi consideravelmente maior nos RNPT que participaram do método, até mesmo após seis meses da alta hospitalar. (GESTEIRA et al., 2016).

Entre os benefícios do método, destacam-se a promoção do aleitamento materno, a manutenção do controle térmico e redução da dor neonatal. Essa proposta de cuidado tem se mostrado favorável por permitir um maior estímulo no desenvolvimento neurocomportamental e

psicoafetivo do RN e, sobretudo, na redução do período de internação e de risco de infecção neonatal (BRASIL, 2013).

O MMC contribui para alterações benéficas nos sinais vitais dos RNPT, promovendo melhora da temperatura corporal e aumento da saturação periférica de oxigênio, com consequente melhora na oxigenação tecidual e redução na frequência respiratória (ALMEIDA, et al., 2007). Segundo Colameo et al. (2007) e Casati et al. (2010), a amamentação precoce tem papel positivo importante no futuro dos recém-nascidos prematuros. Ajuda na redução da perda de peso, na diminuição da bilirrubina não conjugada, no aumento do nível de glicose no sangue e contribui para o desenvolvimento neurológico e intelectual. Observa-se, ainda, a valorização do aleitamento materno pelo MMC, nas condições de prematuridade, pois o leite torna-se um forte aliado para a recuperação do bebê, possuindo um valor nutricional superior a qualquer outro tipo de leite, sendo fonte de alimento e de proteção contra doenças.

Outro importante benefício é o aleitamento materno. O MMC foi desenvolvido para estimular as competências do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), proporcionando maior frequência, periodicidade e duração, com livre demanda da amamentação, única fonte de nutrição e proteção nos primeiros seis meses de vida, uma vez que possui alta concentração lipídeos totais, nitrogênio, cálcio, vitaminas A, D e E, proteínas com funções imunológicas e ácidos graxos, até a alta hospitalar, com acompanhamento adequado pelos profissionais de saúde (CARDOSO et al., 2006; ALMEIDA, et al., 2007, ALMEIDA et al., 2010; CASATI et al., 2010; FERREIRA et al., 2011; PENALVA et al., 2006).

Hunt et al (2008) também confirmaram alguns benefícios do MMC, em seu estudo, como estabilização do sistema cardiorrespiratório, melhora da temperatura, e uma maior incidência do aleitamento materno exclusivo. Existem evidências de que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode interferir de maneira positiva na relação dessa criança com o mundo. A pele, como o maior órgão do corpo humano, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o contato pele a pele, oportunizado no MC pode promover algumas mudanças, tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2013, VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004; MATTHIESEN, 2001).

Observa-se ainda a valorização do aleitamento materno pelo MMC, nas condições de prematuridade, pois o leite torna-se um forte aliado para a recuperação do bebê, possuindo um valor nutricional superior a qualquer outro tipo de leite, sendo fonte de alimento e de proteção contra doenças. O ato de prover o leite por intermédio do seio promove ganhos físicos e psíquicos, auxilia no desenvolvimento psicológico e biológico, além do que favorece um benefício duradouro que é o vínculo e contato entre mãe e bebê (SOUTO et al., 2014).

Araújo et al (2010) também descreveram os benefícios do MMC, como a mudança no padrão respiratório com redução de apnéia e bradicardia, ganho de peso, impacto positivo no desenvolvimento motor e cognitivo, melhor controle térmico, menor permanência hospitalar. Além dessas vantagens é um método seguro, pois não tem sido relacionado com intercorrências clínicas, inclusive em bebês intubados sob ventilação mecânica.

Na mãe ocorre a redução de sintomas de estresse, principalmente em casos que necessitam de estadia hospitalar prolongada (como no caso do MC) e os bebês apresentam redução do choro aos seis meses de idade. O conhecido efeito do contato pele a pele também funciona como um estimulador da liberação de ocitocina (hormônio capaz de promover a ejeção do leite durante a amamentação) que parece desempenhar um importante papel no comportamento da mãe e afetar positivamente o seu humor, facilitando o contato e relacionamento afetivo com o bebê (BRASIL, 2013, VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004; MATTHIESEN, 2001).

2.3 O ENVOLVIMENTO DOS PAIS NO CUIDADO DO RN DE BAIXO PESO EM UTI NEONATAL.

Dentro da UTIN, o recém-nascido (RN) pode tornar-se instável por vários motivos como: pela utilização de medicações, por causa do tratamento que é imposto, pela sua própria doença de base ou pela ventilação mecânica (VASCONCELOS et al., 2011). Quando um RN nasce prematuro a assistência convencional preconiza a internação deste RN em uma UTIN, permanecendo em incubadora, na maioria das vezes, por períodos prolongados, gerando assim um menor apego e pouco ou nenhum desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (VERÁS et al. , 2010).

A participação dos familiares deve ocorrer da forma mais harmoniosa possível, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar, garantindo-os, assim, maior conforto, segurança e apoio por parte dos profissionais de saúde (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

A implementação do MMC ao recém-nascido (RN) hemodinamicamente estável permite o contato pele a pele e favorece o vínculo familiar. Nesse sentido, estudos demonstram que a participação dos pais é importante no desenvolvimento e crescimento da criança prematura (CARDOSO et al., 2006; FREITAS et al., 2006; BRASIL, 2013).

As atividades grupais realizadas com as mães de recém-nascido pré-termo e seus acompanhantes criam oportunidades para a troca de conhecimentos e experiências, expressão de sentimentos, medos e dúvidas que surgem ao longo da internação do bebê, contribuindo para

melhor adaptação neste período. Na convivência grupal, há possibilidade de geração de conhecimentos, troca de vivências e de narrativas (ALVES, 2005).

De acordo com o mesmo autor, com a verbalização das situações ocorridas em suas vidas, os envolvidos no processo de nascimento podem superar suas meras narrativas, aprendendo com as experiências e, assim se capacitarem para atuar de forma criativa, superar dificuldades e reinventar a vida cotidiana, a partir das trocas e da reflexão crítica.

Outros autores deixam clara a importância da interação mãe-bebê para o desenvolvimento socioemocional adequado e saudável do recém-nascido. Suas formulações a respeito da Teoria do Apego trazem à tona conceitos como responsividade, capacidade da mãe de adaptar-se de maneira sensível às necessidades do bebê, atendendo-as de maneira eficaz e responsável; apego seguro; apego inseguro ambivalente; apego inseguro evitativo e apego desorganizado, que tratam do desenvolvimento afetivo do indivíduo e da possível dinâmica interacional que empregarão ao longo da vida adulta na relação com os pares (BOLWBY, 2002; RIBAS, MOURA, 2004; RAMIRES, SCHNEIDER, 2010).

A presença dos pais na UTIN foi observada, em diversas publicações, como benéfica e atenuante durante os manuseios dolorosos e/ou desconfortáveis. A literatura é vasta no que diz respeito à importância do contato precoce pele a pele para a melhora do vínculo parental. A falta de permanência e participação da mãe podem trazer sérios problemas de vínculo, e isto passou a ser uma ação da assistência neonatal (FREITAS et al., 2006; HENNING et al., 2006).

O prematuro, se for embalado, acariciado, tocado ou aconchegado no colo, apresentará menos períodos de apneia, apresentará um aumento acelerado do peso, sentir-se-á mais acolhido e seguro, com maior progressão em termos do funcionamento do sistema nervoso central e exposição a estímulos sensoriais. O MMC reduz o número de internações, contribuindo para a otimização dos leitos de UTI e UCIN, reduzindo infecções hospitalares e, conseqüentemente, o índice de morbimortalidade de RNPT (FILHO; SANTOS, 2016).

Gontijo et al. (2010) destacaram alguns pontos positivos na organização da assistência neonatal nos HM, como o livre acesso dos pais, a presença de estratégias facilitadoras para a permanência da mãe na unidade hospitalar (alojamento, distribuição de vale transporte e oferta de refeições) e a alta proporção de unidades com prática de minimização de ruídos e intensidade da luz. Estes pontos evidenciam a preocupação das unidades em implantarem práticas humanizadoras aliadas à assistência neonatal.

2.4 FISIOTERAPIA NO MÉTODO MÃE-CANGURU.

A prática fisioterapêutica é parte da assistência multidisciplinar aos RNs pré-termo (RNPT), sob cuidados intensivos, e tem como objetivo prevenir e minimizar as complicações respiratórias decorrentes da própria prematuridade e da ventilação pulmonar mecânica e otimizar a função pulmonar, de modo a facilitar as trocas gasosas e, assim, promover uma evolução clínica favorável (NICOLAU et. al. 2008).

Os cuidados com o posicionamento dos RNPT ou de baixo peso na UTIN auxiliam na melhora do quadro clínico e fornecem estímulos adequados para o correto desenvolvimento motor. Por esse motivo, deve-se posicionar o RN de forma adequada, utilizando rolos de fraldas ou cobertores ao seu redor para que ocorra a manutenção do tônus muscular mais adequado, facilitando padrões normais de movimentos, diminuindo contraturas e deformidades, dando ao RN mais conforto e segurança, além de ser uma fonte de estimulação tátil (CRUVINEL; PAULETII 2009).

O aumento do vínculo família/mãe e filho promovido pelo MMC leva a melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RNBP, favorece o controle térmico, permite um bom padrão do sono e ciclos de sono-vigília adequados, reduz a ocorrência de choro, favorece o controle eficiente da glicemia capilar, da frequência respiratória e oxigenação, favorece a estimulação sensorial adequada do recém-nascido, proporciona o crescimento adequado, reduz o risco de infecção hospitalar e diminui o tempo de internação (ALI et al., 2009; ACHARYA et al., 2014)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ressalta a importância do Método Mãe Canguru, que é uma excelente proposta de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, trazendo consigo muitas vantagens e benefícios para às maternidades, tem baixo custo e bom retorno na qualidade de vida da mãe e do neonato, diminuindo a estadia nas UTI's neonatais e os riscos de infecção hospitalar, promovendo o fortalecimento mais rápido do recém-nascido. É indispensável, entretanto, a capacitação da equipe de saúde na aplicação do método.

As evidências demonstram que o MMC melhora o aleitamento materno exclusivo, o ganho de peso, o controle térmico, o vínculo mãe-bebê, assim como contribui na redução dos níveis de infecção e da morbimortalidade, entre outros. A família também ganha com esse método,

pois o tempo de separação dos bebês é reduzido, o que fortalece o vínculo afetivo e a participação do cuidado seguro do seu filho.

De forma semelhante, a implantação do MMC melhora o ambiente hospitalar, sobressaindo-se algumas vantagens como a diminuição do período de internamento, diminuição do nível de infecções hospitalares e maior rotatividade de leitos.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, N.; SINGH, R. R.; BHATTA, N. K.; POUDEL, P. Randomized Control Trial of Kangaroo Mother Care in Low Birth Weight Babies at a Tertiary Level Hospital. **J Nepal Pediatric Society**, v. 34, n. 1, p. 18-23, 2014.

AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, 36(esp):224-32, 09 out., 2015.

ALI, S.M.; SHARMA, J.; SHARMA, R.; ALAM, S. Kangaroo Mother Care as compared to conventional care for low birth weight babies. **Dicle Tip Dergisi**, v. 36, n. 3, p. 155- 160, 2009.

ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 1-5, jan./fev., 2007. doi: 10.1590/S1413-35552007000100002.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set., 2004/fev., 2005.

ARAÚJO CL, RIOS CTF, SANTOS MH, GONÇALVES APF. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciênc. Saúde coletiva**, 15 (1): 301-7, 2010.

ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, mar./abr., 2010.

BERA, A.; GHOSH, J.; SINGH, A. K.; HAZRA, A.; MUKHERJEE, S.; MUKHERJEE, R. Effect of kangaroo mother care on growth and development of low birthweight babies up to 12 months of age: a controlled clinical trial. **Acta Paediatrica**, v. 103, n. 6, p. 643-650, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru** : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARDOSO ACA, ROMITI R, RAMOS JLA, ISSLER H, GRASSIOTTO C, SANCHES MTC. Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Pediatria** 2006; 28(2):128-34.

CASATI, P. S.; OLIVEIRA, C. S.; PAULA, S. Método Mãe Canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos de baixo peso. **Uniciências**, Mato Grosso, v. 14, n. 1, p. 135-146, jan./jun., 2010.

COLAMEO, A. J. O. Método Mãe Canguru: um encontro entre a tecnologia, à humanização e cidadania. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 42, p. 48-50, ago., 2007.

COSTA, R., KLOCK, P., BORCK, M., CUSTÓDIO, Z. e BARCELOS, M. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso em um centro de referência nacional do método canguru. **HOLOS**, Ano 31, Vol. 3. Disponível em: <file:///C:/Users/Vigilancia/Downloads/2730-9528-1-PB.pdf>

COSTA R.; MONTECELLI M. Método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Rev Bras Enferm.** vol 59, n.4, São Paulo, 2006.

CRUVINEL FG, MACEDO EC. 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 Mater. Infant.**, 2007; 7 (4): 449-55.

CRUVINEL, F. G; PAULETII, M. C.; Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma Revisão Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.102-125, 2009.

DAVIM RMB, ENDERS BC, SILVA RAR. Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. **Ver. Esc. Enf. da USP.** 2010; 44(3): 713-8.

ENTRINGER.A.P, et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, vol. 29, n.6, Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, N. A. E. S.; SOUZA, M. C. M. R. O método mãe canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-8, ago. 2011. doi: 10.15601/2238-1945/pcnb.v1n1p1-8.

FILHO, Francino M. Azevedo; SANTOS, Maria Helena. **Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura.** **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.14, n.1, p. 67-76, jan/jun. 2016.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método mãe canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 75-81, mar., 2007. doi: 10.1590/S0103-21002007000100013.

GESTEIRA. Elaine C. Rodrigues et al. Método canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 6, n.4, p. 518-528, out/dez., 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935-944, maio 2012. doi:10.1590/S0102-311X2012000500012.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. **Jornal de Pediatria** - Vol. 86, Nº 1, 2010.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. D.; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru”. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-436, out./dez. 2006. doi: 10.1590/S1519-38292006000400010.

HUNT F. The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. **Journal of Neonatal Nursing**. 2008; 14: 47-51.

MACHADO, A. C. D. B.; GIRÃO, G. C. L. R.; RODRIGUES, L. C. L.; COSTA, S. S. D. Produção do conhecimento sobre o método canguru. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 5, n. 1, p. 61-67, 2012.

MARGOTO, Paulo Roberto. MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves. **Classificação do Recém-Nascido**. In: SOUZA, Basile Gesteira. Enfermagem Neonatal: Cuidado Integral ao Recém-Nascido. São Paulo: Martinari, 2011.

MATTHIESEN AS, RANSJO-ARVIDSON AB, NISSEN E, UVNASMOBERG K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. **Birth** 2001; 28(1):13-9.

MOREIRA JO, ROMAGNOLI RC, DIAS DAS, MOREIRA CB. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicol Estud** 2009; 14(3):475-83.

NAGAI, S.; ANDRIANARIMANANA, D.; RABESANDRATANA, N.; YONEMOTO, N.; NAKAYAMA, T.; MORI, R. Earlier versus later continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for stable low-birth-weight infants: a randomized controlled trial. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 6, p. 826-835, 2010.

NICOLAU, C. M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 8 (3): 285-290, jul. / set., 2008.

PENALVA, O. ; SCHWARTZMAN, J. S. Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe Canguru. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 33-39, jan./fev. 2006. doi: 10.2223/JPED.1434.

PILOTTO DTS, VARGENS OMC, PROGIANTI JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Ver. Brasileira de Enfermagem**. 2009 jul-ago; 64(4): 604-7.

RAMIRES, V.R.R. SCHENEIDER, M.S. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego:Comportamento versus Representação? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Jan-Mar Vol. 26 n. 1, pp. 25-33, 2010.

SANTANA, Júlio César Batista, et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enfermagem Revista** (Minas Gerais), v 16. n. 1, Jan./Abr. 2013.

SANTOS LM, MORAIS RA, MIRANDA JOF, SANTANA RCB, OLIVEIRA VM, NERY FS. Percepção Materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**. 2013; 5 (1): 3504-14.

SANTOS, L.M. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.1, 2012. p. 27-33.

SCHUBERT ET AL., C. A., MORSCH, D. S., LIMA, G., REGO, J. D., OLIVEIRA, M. C., & ANDRADE, M. A.. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - MMC**. In M. d. Brasil, *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - MMC* (p. 21). Brasília: Editora MS Coordenação de Gestão Editorial, 2011.

SILVA.J.R.; THOMÉ.C.R; ABREU.R.M. Método mãe canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método, **Rev. CEFAC**, vol.13, no.3, São Paulo, 2011.

SILVIA, J. R.; THOMÉ, C. R.; ABREU, R. M. Método Mãe Canguru nos hospitais/ maternidades públicos de Salvador e atuação do profissional da saúde na segunda etapa do método. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.13, n.3, mai/jun. 2011.

SOUTO, D. C. et al. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 35-46, jan./abr. 2014. doi: 10.15448/1983-652X.2014.1.14519.

VASCONCELOS GAR, ALMEIDA RCA, BEZERRA AL. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. **Fisioter Mov**. 2011; 24 (1): 65-73. 2.

VENÂNCIO SI, ALMEIDA H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr** 2004; 80(supl. 5): 173-80.

VERÁS RM, VIEIRA JMF, MORAIS FRR. A maternidade prematura: O suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em estudo**. 2010; 15 (2): 325-32.