

## Método Mãe Canguru: as percepções das mães que o utilizaram em um hospital geral da cidade de Passos (MG)

Kangaroo Mother Care: the mothers' perceptions that used at a general hospital of the city of Passos (MG)

Nilzemar Ribeiro de Souza<sup>1</sup>; Elexandra Helena Bernardes<sup>2</sup>; Tânia Maria Delfraro Carmo<sup>1</sup>; Bruna de Andrade Lima<sup>3</sup>; Larissa Franciele Machado Freitas<sup>3</sup>

**Resumo:** O Método Mãe Canguru traz inúmeros benefícios aos prematuros possibilitando maior estabilidade térmica, reduzindo o tempo de permanência no hospital e fortalecendo o binômio mãe/filho. O nosso objetivo é conhecer as percepções das mães que já fizeram uso do Método Mãe Canguru. Foram realizadas entrevistas com 10 mães, quando estavam realizando a terceira etapa do método, em um hospital geral da cidade de Passos (MG). Através dos depoimentos compreendemos que o método, é muito importante para a recuperação do prematuro, devido suas vantagens. Porém percebemos o despreparo das mães para darem início a realização do método, havendo um repasse falho das informações quanto aos reais objetivos deste e seu sofrimento por estarem longe de suas casas.

**Palavras-chave:** Mãe. Método Mãe Canguru. Enfermagem.

**Abstract:** The method mother kangaroo brings innumerable benefits to the prematures making possible bigger thermal stability, reducing the time of permanence in the hospital and fortifying the binomial mother/son. Our objective is to know the perceptions of the mothers who already had made use of the method. The interviews with 10 mothers had been carried through, when they were carrying through the third stage of the method, in a general hospital of the city of Passos (MG). Through the depositions we understand that the method, is very important for the recovery of the premature, whom had its advantages. However we perceive the unpreparedness of the mothers to give to beginning the accomplishment of the method, having a defective view of the information how much to objective Reals of this method and its suffering for being far of its houses.

**Keywords:** Mother. Method Mother Kangaroo. Nursing.

**Resumen:** El método Madre-Canguro traiga las ventajas innumerables al prematuro que hacen estabilidad termal más grande posible, reduciendo la época de la permanencia en el hospital y fortificando a la madre/al hijo binomiales. Nuestro objetivo es saber las percepciones de las madres que ellos ya hicieron uso del método. Las entrevistas eran cumplidas con 10 madres, cuando ellos estaban logrando la tercera fase del método, en un hospital general de ciudad de Passos / el MG. A través de las deposiciones nosotros entendimos que el método, es muy importante para la recuperación del prematuro, debido sus ventajas. Sin embargo nosotros notamos la indisposición de las madres para nosotros dar que yo empiezo el logro del método, mientras teniendo uno repasa defectivo de la información con la relación a los objetivos Reales de este método y su sufrimiento porque ellos están lejos de sus casas.

**Palabras clave:** Madre. Método Madre-Canguro. Enfermería.

### INTRODUÇÃO

O Método Mãe Canguru (MMC) surgiu na Colômbia, em 1979, a fim de reduzir a mortalidade neonatal. Nesse método o bebê que nasce prematuro é colocado contra o peito da mãe em posição vertical, promovendo assim uma maior estabilidade térmica e reduzindo o tempo de permanência do bebê no hospital, além de poder oferecer também uma assistência mais humanizada e de melhor qualidade com menores custos para o sistema de saúde, uma vez que o método não necessita de grande aparato tecnológico (ANDRADE, GUEDES, 2005; MILTERSTEINER et al., 2003; VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

A denominação mãe canguru faz referência à espé-

cie dos marsupiais em que os cangurus fêmeas possuem uma bolsa onde os filhotes nascem antes de estar completa à gestação e estes são alimentados e aquecidos até se fortalecerem e amadurecerem (FURLAN, SCOCHI e FURTADO, 2003).

Há inúmeras vantagens neste Método, especialmente para o bebê, como o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, maior ganho de peso diário, promoção de uma maior estabilidade térmica, aleitamento materno com maior frequência e durabilidade, além do que a redução dos índices de infecção hospitalar, uma vez que o bebê fica menos tempo no hospital.

Porém, devemos ressaltar que o MMC não substitui as incubadoras e unidades de terapia intensiva neona-

<sup>1</sup>Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG).

**Contato:** nilzemar.souza@fespmg.edu.br

<sup>2</sup>Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG)

<sup>3</sup>Discente do curso de graduação em Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG)

tal (UTIN), elas podem e devem ser utilizadas sempre que se fizerem necessárias. Ressaltamos também que não devemos enxergar o Método com o objetivo exclusivo de se fazer economias financeiras e técnicas, mas compreender que ele é um aprimoramento da atenção perinatal.

O Método chegou ao Brasil em 1992 para que fosse mudado e tornasse mais humanizado o atendimento ao recém-nascido. Os primeiros hospitais a utilizarem foram o Guilherme Álvaro em Santos (SP), em 1992, e em 1993, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em Recife (BRASIL, 2002b; VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

No município de Passos (MG) ele foi implantado no ano de 2005, em um hospital geral de médio porte a fim de atender não somente aos recém-nascidos e as puérperas deste local, como também dos municípios vizinhos. A equipe responsável pelo atendimento desde então é multiprofissional, constituída por médicas neonatologistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogas e nutricionistas.

A partir de leitura sobre MMC, de suas muitas vantagens apresentadas nesse contexto; dado ao fato da implantação recente, neste hospital e a enfermagem exercer importante papel na realização do mesmo, por estar mais próximo da mãe, acompanhando e orientando diariamente esta e sua família, dando o apoio emocional necessário, além de realizar os cuidados de sua competência; despertou-nos o interesse para a realização deste estudo.

Nesse sentido, para que este estudo alcance seu objetivo seguiremos a linha da pesquisa qualitativa, a fim de conhecer as percepções das mulheres que viverão o momento Mãe Canguru, sem, em nenhum momento, querer interferir no desenvolvimento do Método, nem querer modificá-lo, apenas conhecê-lo sob a visão de quem o vivenciou.

## MATERIAL E MÉTODO

Para responder ao objetivo proposto utilizamos abordagem qualitativa, descritiva, amostra não probabilística acidental. A pesquisa qualitativa permite compreender o universo de significados, motivos, aspirações, concepções, valores e atitudes. A amostra não-probabilística é selecionada de forma que nenhum candidato sabe sua chance de participar. E a amostra acidental é formada por aqueles casos ou elementos que vão aparecendo que são possíveis de se obter até que a amostra atinja determinado tamanho (HANDEM, MATIOLI e PEREIRA, 2004; MINAYO, 2000).

Utilizamos como técnica de coleta dos dados a entrevista semi-estruturada, pautada em um roteiro contendo questões norteadoras. A coleta foi realizada no período de maio a outubro de 2007, sendo as entrevistas gravadas em fitas K7 e transcritas na íntegra.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em

Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos para revisão dos aspectos éticos e aprovado sob processo nº 02/2007.

Para o desenvolvimento da pesquisa o local escolhido foi o município de Passos (MG), tendo como sujeitos dez mães que realizaram o MMC em hospital geral da cidade, quando estavam realizando a terceira etapa deste, que consiste no retorno das mesmas ao Programa Materno Infantil (PROMAI). Este critério foi estabelecido devido à acessibilidade e facilidade de contatar com essas mães. Para que elas participassem da pesquisa foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

Com base nos registros, o material foi submetido ao processo de categorização. Inicialmente procedemos à leitura cuidadosa do texto em sua totalidade com o objetivo de apreender seu significado no contexto da estrutura geral. O passo seguinte foi agrupar as falas de todas as entrevistadas, identificando as locuções de efeito, ou seja, das expressões mais significativas em relação à temática de cada questão (MINAYO, 2000). Depois de seguir esses passos, dividimos o trabalho em unidades de significado: gestação - início e desfecho, MMC e Binômio Mãe-Filho.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### • Sujeitos da pesquisa

O grupo de mães estudado é formado por quatro mães residentes em Passos (MG) e seis mães residentes nos municípios em seu entorno. Da amostra total seis mulheres eram casadas, três amasiadas e uma solteira.

Dessas, uma trabalha fora e o restante dedica sua vida aos afazeres do lar. Quanto à escolaridade, quatro possuem o ensino fundamental completo, quatro possuem o ensino fundamental incompleto, uma possui o ensino médio completo e uma o incompleto.

Na questão da idade encontramos uma prevalência cinco mulheres na faixa etária entre 25-29 anos, as demais se encontram nas seguintes faixas etárias, duas mães entre 20-24 anos, duas entre 30-34 anos e uma com idade superior a 35 anos. Quanto ao número de gestações que estas mães já vivenciaram uma mãe relatou ser sua primeira gestação, quatro ter sido sua segunda, duas ter sido a sua terceira gestação, duas ter sido a quarta e uma relatou ter sido a sexta. Dessas mães duas já sofreram aborto e duas já tiveram a experiência de ter filhos prematuros. Para a investigação das reações humanas e conhecimento melhor dessa influência e complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro (DOURADO e PELLOSO, 2007)

Dentre os fatores de risco que podem levar a uma gravidez de alto risco, podemos citar os fatores como: idade menor de dezessete e superior a trinta e cinco anos; ocupação (esforço físico, carga horária, rotativi-

dade de horário; exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; recém-nascido mal formado e pré-termo em gestação anterior; nuliparidade e multiparidade, entre outros (MINAS GERAIS, 2006). A partir destas informações observamos que a maioria destas mulheres possuíam fatores de risco habituais.

Quanto ao número de consultas feitas pelo pré-natal, oito fizeram entre 4 e 7 consultas, uma fez entre 1 e 3 e uma fez mais de 7 consultas, sendo que são preconizados, segundo Ministério da Saúde, seis consultas de pré-natal no mínimo para a gestante de risco habitual, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de quatro semanas até a gestação completar trinta e seis semanas e a partir daí preconiza-se que os intervalos sejam de quinze dias (MINAS GERAIS, 2006).

#### • **Gestação: início e desfecho**

Notamos que as mães citaram a gestação ter acontecido sem previsão:

“Quando eu engravidei dele não veio menstruação não, comecei a sentir enjoou, tonteira eu fiz o exame e deu que eu estava grávida” Alessandra.

“(...) eu já tinha parado de tomar o remédio, fazia cinco meses e minha regra era certinha, passou uns cinco, seis dias, eu fiz o exame. Até eu fiz o exame da farmácia, depois eu fui ao médico e ele pediu o exame de sangue, porque tinha que ser esse, mas na farmácia já tinha dado positivo” Aline.

Estes relatos demonstram que a gravidez era inesperada até o momento. Demonstram, ainda, a preocupação das mulheres quanto ao atraso menstrual. O diagnóstico da gravidez é baseado na ocorrência da amenorréia, quando advinda de uma mulher saudável, que tem menstruação regular, que não esteja amamentando. Observando-se a data do último ciclo menstrual e seu aspecto, a duração destes ciclos, acompanhado ou não de sintomas digestivos, tais como náuseas, vômitos, constipação intestinal e sialorréia, além dos neuro-endócrinos representados pela irritabilidade, desejos e distúrbios do sono, e os distúrbios urinários, como a polaciúria (TOURRIS, DELECOUR, 1979). E com o desenrolar da gestação é percebido o quanto era inesperado o parto prematuro:

“(...) foi muito rápido, eu fiquei sabendo assim... é eu não sabia. Eu saí lá de casa bem e quando vê começou a sangrar no meio do caminho, no carro, eu comecei a sentir dor” Aniele.

“(...) minha gravidez foi um pouco conturbada porque eu passei muito mal, peguei muitas infecções de urina, de rins...” Antônia.

“(... ) foi bem complicada por conta de ser dois nenéns” Ambrosia.

Essas manifestações assustam as mães, por serem conhecidas por sua gravidade, como é o caso de hemorragia, de placenta prévia, de gravidez gemelar e as

infecções urinárias. Todo sangramento genital durante a gravidez, é considerado anormal e de grande relevância, os fatores que com mais frequência determinam este sangramento são: abortamento, prenhes ectópica e a doença trofoblástica, além de perfuração ou ruptura uterina (CORREA, 1999). As infecções das vias urinárias segundo Burrow, Ferris (1983); Correa (1999) estão entre as mais comuns durante ao período da gravidez, porque sofrem profundas alterações fisiológicas, relativamente não ameaçadoras as mães, porém, podendo produzir elevada morbimortalidade perinatal.

O autor ainda coloca que, a gravidez gemelar exige cuidados obstétricos especiais, pois se trata de uma gravidez de alto risco, as complicações são maiores que em uma gestação única, o risco do parto prematuro é cerca de cinco vezes maior na gestação com menos de trinta e sete semanas e de oito vezes nas gestações com menos de trinta e duas semanas.

A transcorrência da gestação destas mulheres não foi tranqüila, pelo que foi relatada por elas, e a partir destas manifestações a família começa a enfrentar uma gravidez de risco, que não era até então esperada pelas mães e a partir daí insere-se o contato com o prematuro, levado pela interrupção através do parto em meio à gestação.

Torna-se importante ressaltar que até então não era conhecido o fato de terem parto prematuro, somente após aparecerem os sinais de que haveria essa possibilidade. Tal surpresa gera reações diversas, como é visto nas falas abaixo.

“(...) eu não sabia que ia ser prematuro porque quando eu tive a hemorragia o doutor mandou eu ficar mais quieta, (...) minha irmã fazia as coisas pra mim até então. Ele nasceu de 7 meses, mas eu não estava fazendo nada. Ah, o que tem de acontecer com a gente acontece.” Aline

“(...) olha eles falavam pra mim que poderia ser prematuro por ser gêmeos porque tem tendência, mas foi mais no finzinho mesmo porque eles falaram que ia nascer prematuro (...) eu, nossa! Me senti muito assustada, fiquei de repouso absoluto, mas num adiantou muito não viu, senti muito medo...”

Até mesmo quem já estava ciente de que poderia ter um parto prematuro, demonstra a mesma sensação de medo, de insegurança e despreparo.

#### **O MÉTODO MÃE CANGURU (MMC)**

Após todas essas emoções as mães se deparam com o MMC, cuja denominação faz referência à espécie dos marsupiais em que os cangurus fêmeas possuem uma bolsa onde os filhotes nascem antes de estar completa à gestação e estes são alimentados e aquecidos até se fortalecerem e amadurecerem segundo Furlan, Scochi e Furtado (2003), com as mães acontece a mesma coisa.

A mãe, ou algum outro familiar, coloca o recém-nascido ligeiramente vestido, em decúbito prono, verticalmente, junto ao peito. É de livre escolha da família e deve ser orientado e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde devidamente e adequadamente treinada (BRASIL, 2002b).

Para isto as mães e seus respectivos recém-nascidos são acompanhados por uma equipe multiprofissional, sendo responsável por repassar as informações sobre o método. Observamos que as mães entrevistadas demonstraram não conhecer verdadeiramente o significado, os objetivos ou conhecer pouco as funções e as vantagens do Método.

“(...) eu recebi orientação de que o método é muito bom porque ajuda a criança a desenvolver melhor, que a criança que não tinha o pulmãozinho formado ia respirar melhor (...) com a respiração da mãe ele ia aprender a respirar bem; ia sentir o calor e a presença da mãe, era isso...” Antônia.

“(...) assim que a gente entra lá no CTE (Centro de Tratamento Especial.) a primeira coisa que elas explicam é isso, e se elas vêem que a gente não está fazendo elas pegam no pé também.” Ambrósia

As principais vantagens do método são fortalecer o vínculo mãe-filho; estímulo ao aleitamento materno (o que significa maior duração, frequência e precocidade); menor permanência no hospital; diminuição do índice de infecção hospitalar; melhor controle térmico; menor tempo de separação entre a mãe e o filho; estímulo quanto à confiança e competência dos pais em relação aos cuidados ao filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; redução do número de recém-nascidos nas UTIN; redução de enfermidades graves; redução de infecção do trato respiratório; maior ganho de peso diário; redução de estresse e melhor sucção da criança (ANDRADE, GUEDES, 2005; MILTERSTEINER, 2003; VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004; JAVORSKI et al., 2004; OLIVEIRA, 2005).

Silveira, Bedo e Bedo (2004) colocam que a equipe de enfermagem, sendo uma das responsáveis pela assistência ao neonato deve promover a aproximação, o mais precoce possível entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, garantindo o alojamento materno conjunto, desde que possível; estimular o reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratibilidade uterina logo que possível; e garantir acesso aos cuidados especializados para a atenção ao recém-nascido em riscos especializados. Ela irá atuar principalmente na preparação da mãe para estar realizando o MMC. Quando perguntadas sobre a preparação para a realização do MMC, a maioria responde que não e possuía muito medo de utilizá-lo.

Quanto à preparação observamos a mesma falha que ocorre quanto ao conhecimento das mães sobre o MMC. Pelos seus relatos vimos que a maioria não se sentiam preparadas para a realização deste, e as que estavam citaram desconhecimento para a realização do método.

“Não”. Ana, Aline, Ambrósia, Abigail, Adelaide.

“(...) nem um pouco”. Antônia

“ Estava. Mas eu nem sabia que era isso”. Aniele, Amanda, Andressa, Alessandra

A primeira fase do MMC consiste no período em que deve ocorrer a preparação da família para que a mesma possa estar aceitando e realizando com tranqüilidade. Nessa fase, o RN encontra-se na UTIN, possibilitando que a equipe de saúde utilize de recursos para realização da educação em saúde (BRASIL, 2002b).

A portaria n. 072 ressalta que a equipe de saúde do MMC seja multiprofissional, formada por médicos neonatologista (cobertura de 24 horas), obstetras (cobertura de 24 horas), pediatras com treinamento em seguimento do recém-nascido, oftalmologista, enfermeiras (cobertura de 24 horas), técnicos e auxiliares de enfermagem (na segunda etapa um técnico ou um auxiliar para cada seis binômios com cobertura de 24 horas), psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas e extensivo aos setores de UTIN e de cuidados intermediários (BRASIL, 2002a). Ao serem questionadas sobre o acompanhamento que receberam, as mães responderam que:

“(...) a equipe toda me acompanha, sabe? As enfermeiras, elas me ajudaram muito, tem a fonoaudióloga que vinha duas vezes por dia, ajudava muito, ensinava a gente como que pegava, como que amamentava, tive muita ajuda da equipe do hospital...” Ana

“(...) a enfermagem, os médicos, a psicóloga C., tudo, eu vou lá no PROMAI...” Aline

Nesta questão, observamos que possa ter havido falha da equipe multiprofissional, uma vez que poucos profissionais são citados pelas mães, principalmente no que refere ao enfermeiro. As mães não percebem a necessidade de um melhor acompanhamento por esta equipe multiprofissional, nos remetendo a pensar o desconhecimento do MMC.

## BINÔMIO MÃE-FILHO

O MMC é conhecido por ampliar os vínculos afetivos, devido ao contato pele a pele, e pela longa duração da realização do mesmo. Quando perguntadas sobre como se sentiram, obtivemos:

“(...) um sentimento muito bom, mas é ruim (chora muito por uns cinco minutos) porque fica longe de casa, mas fora isso está tudo bem...” Aline

“(...) é uma delícia, nem dá vontade de largar, nem ir embora, nada.” Aniele

Aqui percebemos algumas dificuldades que algumas passam, apesar de estarem “felizes” por estar fazendo o melhor para seu filho, e que neste momento “necessita”, elas sentem falta de casa, se preocupam com sua família. Porém, não deixa de expressar os sentimentos que o MMC desperta. Abaixo, veremos que o amor é maior que o medo sentido por elas no início, principalmente, o medo que elas têm de perder o filho.

“(...) eu estou preparada, pra tudo mesmo, pro meu filho e eu estou fazendo tudo pra dar certo, pra ele ficar numa boa” Antônia.

“(...) eu tinha medo, muito medo dela não resistir. Amanda.

“(...) tinha medo também, medo de pegar ela, porque ela era muito pequenininha, muito molinha” Abigail.

A mãe tem que sentir segurança e apoio na equipe nesse momento de fragilização, deste modo ela transmitirá esse bem estar ao seu filho. Ainda é necessário que a família apoie essa mãe, sendo que nesse momento seu filho pode estar sob risco de vida (TOMA, 2003). Ao serem perguntadas sobre os sentimentos despertados durante a realização do MMC relatam:

“(...) eu tenho um sentimento muito bom, mas muito bom mesmo, porque eu sinto ele perto de mim, eu sinto ele como se tivesse ganhado. Ele sendo normal, como eu poder pegar, poder sentir ele no meu colo” Ana.

“(...) eu nem imaginava que poderia pegar meu filho do jeito que ele estava, sabe? Ah! Eu ficava imaginado quando eu poderia levar ele embora porque a hora que eu estivesse lá em casa eu ia poder ficar com ele só no colo, não iria fazer mais nada” Aniele.

Nessas falas vimos o quanto o MMC desperta nas mães o carinho, o amor, o afeto, a dependência desta criança. O MMC faz com que as mães percebam o quanto elas são importantes neste momento, fazendo-as esquecerem de todas as dificuldades que enfrentam no cotidiano. Algumas ainda citam o quanto sofreu por estarem longe de casa e o medo que ainda sentem.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MMC é de grande importância na recuperação dos recém-nascidos vulneráveis, devido aumentarem seu ganho de peso diário, incentivo ao aleitamento materno e fortalecimento dos laços preexistentes no binômio mãe-filho, além de diminuir o tempo de permanência nas UTIN.

Neste estudo, as mães que utilizaram o MMC, encontram a maioria residente em outras cidades, sendo o maior obstáculo encontrado por estarem longe de sua casa e de sua família.

Percebemos que desconheciam que teriam partos prematuros e que isso gerou muito medo e ansiedade. Notamos que não estavam preparadas para a realização em todos os aspectos biopsicossociais. Há relatos de medo e de sensações despertadas neste período de cuidados dedicados aos recém-nascidos. Citam suas preocupações com o lar, pois sua longa permanência no hospital junto ao bebê fez com que sua rotina cotidiana fosse totalmente modificada; sua casa, família e trabalho foram deixados em segundo plano em função do MMC.

O uso do MMC fez com que as mães ocupassem momento ímpar, naquele momento, na vida de seus filhos, fazendo valer o verdadeiro significado do binômio mãe-filho. A fragilidade e a dependência fizeram que o Método despertasse ainda mais o carinho já pré-existente.

Percebemos o quanto foi falho a preparação das mães pela equipe multiprofissional. As informações prestadas são de que o MMC visa apenas o ganho de peso mais rápido, sendo a principal vantagem para o bebê, dando uma falsa impressão de que o MMC tem apenas esta significância; deixando de lado seus outros objetivos, levando-nos a questionar se há um preparo prévio desta equipe.

Em relação à composição da equipe multiprofissional percebemos que o papel do fonoaudiólogo é bastante destacado, deixando em segundo plano a enfermagem que está presente ao lado do binômio mãe-filho durante as 24 horas. Assim, destacamos que pode estar havendo uma falha na realização do MMC por parte desta equipe, principalmente por não haver uma preparação prévia da mãe, pois desconheciam o mesmo até que começaram a utilizá-lo. Mas esse despreparo não impediu a realização do Método, pois a dedicação das mães e o amor pelos seus filhos, foram maiores do que seu emprego correto.

Contudo sugerimos um maior envolvimento da enfermagem, principalmente do enfermeiro, já que este exerce um papel importante na equipe multiprofissional que acompanha o MMC, sendo exigido seu desempenho nas 24 horas do dia. Ressaltamos que o trabalho não coloca que este profissional não esteja desempenhando suas funções corretamente, apenas nos remete a pensar que na medida em que coloca o paciente no centro de sua atenção profissional, espera-se que seu desempenho seja mais ético, objetivo, maduro, seguro, flexível e criativo. Na medida, temos possibilidade de criar um ambiente que favoreça a confiança, a liberdade e a transformação, nossas atitudes serão percebidas intensamente pelo paciente, reagindo de acordo com essa percepção.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C.. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação Método Mãe Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.5 n.1, jan/mar 2005.
- BRASIL. Lei n. 72 de 02 de março de 2000. **Dispõe sobre a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SHI/SUS o procedimento de atendimento ao recém-nascido de baixo peso**. Diário Oficial da União, Brasília 2002a mar 03; Secretaria Assistência à Saúde. Disponível em: <[www.e-legis.bvs.br](http://www.e-legis.bvs.br)>. Acesso em: 22 de agosto de 2005. Link: <<http://www.e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=692&word=>>>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília, 2002b.

- BURROW, G. N.; FERRIS, T. F. **Complicações clínicas na gravidez**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1983.
- CORREIA, M. D. **Noções práticas de obstetrícia**. 12 ed. São Paulo: Medsi, 1999.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20 n.1 2007.
- FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe Canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11 n.4, jul/ago 2003.
- HANDEM, P. de C.; MATIOLI, C. P.; PEREIRA, F. G. C. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004. p. 106-107.
- JAVORSKI, M. et. al. As representações sociais do aleitamento materno para as mães de prematuro em unidades de cuidado canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12 n.6, nov/dez 2004.
- MILTERSTEINER, A. R. et al. Respostas fisiológicas da posição mãe canguru em bebês pré-termo de baixo peso e eventualmente. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.3 n.4, out 2003.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269p
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p. Disponível em: < www.saude.mg.gov.br>. Acesso em : 10 de agosto de 2007.
- OLIVEIRA, N.D. **Como o Brasil trabalha o Método Mãe Canguru**. Disponível em: <www.metodomaecanguru.org.br>. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em: 10 de agosto 2005. Link: < www.metodocanguru.org.br/historico.htm >.
- SILVEIRA, J. R.; BEDO, M. de S.; BEDO, P. de S. **Cador e afeto pela criação: depoimentos das mães frente ao projeto mãe canguru de um hospital filantrópico do interior do estado de São Paulo**. 2004. 13p. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Passos: Universidade do Estado de Minas Gerais;
- TOURRIS, H. de; DELECOUR, R. H. M. **Ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1979.
- TOMA, T. S.. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10 supl.2, 2003.
- VENANCIO, S. L.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatría**. Porto Alegre, v.80 n.5 supl., nov 2004.