



12º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ciclos Temáticos

4ºano

Ano Letivo 2015/2016

**A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado Como
Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros**

Monografia de final do curso

Elaborado por:

Beatriz Limas Machado - 201292531

Sérgio Rodrigues - 201292505

Orientadora:

Professora Mestre Joana Marques

Barcarena
dezembro 2015



12º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ciclos Temáticos

4ºano

Ano Letivo 2015/2016

**A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado Como
Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros**

Monografia de final do curso

Elaborado por:

Beatriz Limas Machado - 201292531

Sérgio Rodrigues - 201292505

Orientadora:

Professora Mestre Joana Marques

Barcarena
dezembro 2015

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

Uma criança recém-nascida começa o mundo, outra vez

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta monografia foi possível com o apoio de todos àqueles que conosco colaboraram, e a eles dirigimos os nossos mais sinceros agradecimentos;

À professora Joana Marques, orientadora da presente monografia, agradecemos a disponibilidade, o empenho e seriedade que dedicou no apoio que nos prestou, bem como às oportunas sugestões dadas ao longo da elaboração da monografia;

À família, pelo apoio e compreensão nas ausências.

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

RESUMO

Introdução: o recém-nascido pré-termo encontra-se sujeito a diversas complicações devido a sua condição de nascido prematuro. Estas complicações são de natureza fisiológica ou metabólica e podem provocar sequelas para a vida. A prematuridade provoca problemas sociais para a família que é sujeita a um processo de desorganização enquanto dura o processo de convalescença do recém-nascido pré-termo. Por sua vez, a mãe é defrontada com emoções contraditórias que se originam devido ao sentimento de incapacidade que algumas mães vivenciam por não levar a gravidez até o seu termo normal. O Método Mãe Canguru é uma estratégia de humanização dos cuidados ao recém-nascido pré-termo, à mãe e família.

Objetivo: pretendemos identificar e analisar as evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru enquanto método de prestação de cuidados humanizados para o recém-nascido pré-termo. A metodologia utilizada é de Revisão Sistemática da Literatura e definimos um conjunto de critérios de pesquisas de artigos científicos com ênfase na vivência das mães, tendo sido selecionados seis artigos científicos sobre os quais a Revisão Sistemática foi realizada.

Resultado: os artigos analisados na RSL apresentam evidências dos benefícios do Método Mãe Canguru: fisiológicos, emocionais / afetivos, auto-eficácia e financeiros. Nos benefícios fisiológicos destacam-se a melhoria do controlo térmico e da capacidade de mamar, redução de infeções, aumento de peso do bebé, melhoria da sucção, respiração e frequência alimentar, melhoria do relaxamento e descanso do bebé. No emocional / afetivo, reduz-se o tempo de separação e melhora-se o vínculo entre mãe e bebé, melhora a estimulação sensorial e o exercício da maternidade, proporciona alívio no sentimento de culpa e reduz níveis de tensão e stress da mãe, melhora o reconhecimento entre mãe e bebé. Na auto-eficácia, há melhoria na capacidade da mãe nos cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo. Na parte financeira, há referência de que os custos podem reduzir-se a 1/3 do tratamento convencional.

Conclusão: a RSL produziu evidências da eficácia do Método Mãe Canguru, no entanto há fatores que devem ser considerados para assegurar a eficácia: a formação técnica do

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

enfermeiro, o respeito pela cultura da família e vivências da mãe e existência de infraestrutura material e meios para a aplicação do Método Mãe Canguru.

Palavras-chave: Prematuro; Método Mãe Canguru; Eficácia; Enfermagem neonatal

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: the newborn preterm lies submitted to multiple complications that result of her condition as born premature. These complications are the physiological and metabolic nature and can cause consequences for all life. The prematurity causes social issues for the family which is subject of disorganization process while the recovery process of the baby occurs. The mother fights against conflicting emotions that arise due to feelings of incapacity that some mothers have by not completing all the pregnancy period until the end. The Kangaroo Mother Care is a humanization strategy of care to the newborn preterm and for your mother and family.

Goals: we want to identify and analyse the evidences which proof the effectiveness of Kangaroo Mother Care as a humanized health care to newborn preterm. The methodology that we adopted was the systematic literature revision where we defined a set of the search criteria of scientific articles with emphasis on the mother experiences where we selected six scientific articles about which the systematic literature revision was done.

Outcome: the article that we analysed on the systematic literature revision presents many evidences regarding the benefits of Kangaroo Mother Care: physiological, emotional, self-effectiveness and financials. Regarding physiological items, we had references about thermic control and better capacity to suck, infection reduction, growth of weight baby, improvement suction of mother milk, respiration and feed frequency, improvement on relaxation and sleep of baby. Regarding emotional items, we had references about the reduction of separation period between baby and mother and improve of sensorial stimulation and maternity capacity, mitigation of guilt feelings and reduction of mother stress level and, finally, better recognition between mother and the baby. About self-effectiveness, there is some improvement in the mother capacity to make care for your baby, with autonomy. On the financials components, there is reference that the treatment cost can be reduced to 1/3 when analysed against the conventional treatment.

Conclusion: the systematic literature revision produces many evidences about the Kangaroo Mother Care effectiveness; however there are constraints that can be

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

considered to assure the effectiveness: nursing technical training, the respect for the cultural values of the family and the mother's experiences and feelings and the existing of materials infrastructures to apply the Kangaroo Mother Care with successfully.

Key Words: prematurity, Kangaroo Mother Care, effectiveness, neonatal nursing

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

SIGLAS:

MMC: Método Mãe Canguru

KMC: Kangaroo Mother Care

RSL: Revisão Sistemática da Literatura

SLR: Systematic Literature Revision

OMS: Organização Mundial de Saúde

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SAR: Síndrome da Angústia Respiratória

NEC: Necrotizing Enterocolitis

RN: Recém-Nascido

RNPT: Recém-Nascido Pré-Termo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

PC: Posição Canguru

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

PMS-E: Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

Índice

1.	INTRODUÇÃO	25
2.	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	28
2.1.	Enquadramento Teórico	28
2.2.	O Recém-Nascido Pré-Termo	28
2.3.	Complicações da Prematuridade	31
2.4.	Método Mãe Canguru.....	33
2.5.	Contato Pele-a-Pele	37
2.6.	Benefícios do Método Mãe Canguru.....	38
2.7.	O Papel do Enfermeiro	39
2.8.	Seleção do Tema e Questão de Investigação.....	40
2.9.	Protocolo de Pesquisa e Seleção de Artigos.....	42
2.10.	Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura	45
3.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.	IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM	58
5.	CONCLUSÃO	61
	BIBLIOGRAFIA	64

Índice de Gráficos

Gráfico 1:Mortalidade por nado vivos (Fonte: OMS)	29
Gráfico 2:Partos prematuros por idade gestacional e região em 2010 (Fonte: OMS)....	30

Gráfico 3: Valores globais de partos pré-termos em 2010 (Fonte: OMS)..... 31

Índice de Tabelas

Tabela 1 Protocolo de revisão segundo a matriz Participantes, Intervenções, Comparações, Outcomes 42

Tabela 2 Dados de caracterização de diferentes estudos 50

Índice de Figuras

Figura 1: Processo para seleção de artigos para Revisão Sistemática da Literatura..... 44

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Ciclos Temáticos do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem, é solicitado ao aluno a elaboração de uma monografia de final de curso. O tema escolhido para a monografia é “*A Eficácia do Método Mãe Canguru: quando utilizado como intervenção de enfermagem em lactentes prematuros*” e a metodologia utilizada é Revisão Sistemática da Literatura (RSL).

O tema escolhido apresenta interesse e relevância para aplicação nos países desenvolvidos, onde se tem verificado acentuadas quebras da natalidade nas últimas décadas o que torna ainda mais importante assegurar a sobrevivência dos prematuros. Também é importante para os países em desenvolvimento, onde começa a existir declínio nas taxas de natalidade aliado a importantes restrições de ordem financeira no que diz respeito a prestação dos cuidados de saúde. Sabemos que embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos / décadas (Bittar & Zugaib, 2009), a prematuridade é, ainda, a principal causa de morbilidade e mortalidade neonatal nos países desenvolvidos.

A escolha do tema para a elaboração desta monografia, portanto, está diretamente relacionada com a contribuição das intervenções autónomas de enfermagem para a sobrevivência destes prematuros.

Na Europa, a incidência de prematuridade no nascimento situa-se entre 6% e 10% dos partos. Nos Estados Unidos da América, tem atingido valores superiores a 12% em alguns anos (Bittar & Zugaib, 2009). Em Portugal, verificam-se cerca de 9% de casos de nascimentos prematuros (Moutinho & Alexandra, 2013). Estes números são especialmente importantes porque 2/3 das mortes infantis ocorrem até aos 28 dias de vida. No contexto da problemática do nascimento prematuro, o Método Mãe Canguru (MMC) representa uma abordagem de tratamento apoiada na ideia da atenção humanizada com menores custos financeiros.

Como referimos anteriormente, o Método Mãe Canguru vem sendo aplicado em maternidades numa perspectiva de humanização favorecendo a criação e reforço de vínculos entre a mãe e o bebé. Após 30 anos de existência do MMC, com base numa recente revisão sistemática publicada pela *Cochrane*, os autores concluem que há evidências suficientes para recomendar o Método Mãe Canguru em prematuros estáveis

(Agudelo, Belizán, & Diaz-Rossello, 2003), sendo um raro exemplo de inovação médica proveniente da América do Sul adotado em unidades neonatais europeias (Howson & Lawn, 2012). Entendemos que o tema selecionado é especialmente importante porque promove a humanização dos cuidados na intervenção terapêutica em lactentes prematuros. Assim, o objetivo do trabalho é a identificação e análise crítica das evidências que comprovem a eficácia do Método Mãe Canguru.

A presente monografia está contemplada na unidade curricular “Ciclos Temáticos” e tem por finalidade dar um contributo para a nossa avaliação e constituir, assim, uma base sólida para a formação académica e profissional através do estudo das evidências da eficácia do Método Mãe Canguru. Neste contexto, a prática baseada em evidência integra a experiência clínica individual e os conhecimentos teóricos com a melhor evidência externa disponível oriunda da pesquisa sistemática. A origem da enfermagem baseada em evidências enquadra-se no movimento da medicina baseada na evidência (Medina & Pailaquilén, Jul-Ago 2010). Este movimento rejeita os rituais, a experiência clínica isolada e não sistematizada, as opiniões infundadas ou tradição como base para a prática de enfermagem. Neste sentido, a enfermagem baseada na evidência tem em consideração os resultados de pesquisas com base no método científico ou resultados obtidos de forma sistematizada com base em programas de avaliação e de melhoria de qualidade em que estejam envolvidos especialistas reconhecidos e com experiência comprovada.

Nos países desenvolvidos, o MMC tem como objetivo principal a humanização da atenção ao recém-nascido pré-termo e / ou baixo peso, e não apenas o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais (Venâncio & Almeida, 2004). Face ao exposto, definimos como problema o desconhecimento das evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru quando utilizado como intervenção terapêutica em lactentes prematuros. Neste sentido, o problema que colocamos para resolução reveste-se de ainda maior importância.

A questão que pretendemos ver respondida após revisão da monografia: **quais são as evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru quando utilizado como intervenção de enfermagem em lactentes prematuros?**

Tendo em vista a questão de investigação definimos como objetivo da RSL:

- Identificar as evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru neste mesmo contexto.

A presente monografia encontra-se dividida em capítulos que tem por objetivo organizar e estruturar o conteúdo. No primeiro capítulo apresentamos uma breve introdução do tema em estudo. No segundo capítulo apresentamos o enquadramento teórico onde incluímos a fundamentação teórica para compreender o fenómeno em estudo que irá ter por base a RSL e, ainda, a metodologia utilizada para efetuar esta revisão, bem como as estratégias utilizadas na pesquisa dos artigos e o tratamento da informação resultante da RSL. No terceiro capítulo apresentamos a discussão dos resultados dos artigos, onde organizamos e apresentamos os resultados de cada artigo na perspectiva da RSL. No quarto apresentamos as implicações para as intervenções de enfermagem na implementação do MMC e no último capítulo apresentamos as nossas conclusões do estudo.

O presente trabalho está redigido de acordo com as normas estabelecidas pela Universidade New Atlântica.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

2.1. Enquadramento Teórico

2.2. O Recém-Nascido Pré-Termo

São considerados prematuros ou pré-termo todos os bebés nascidos antes das 37 semanas de gravidez. Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um importante relatório denominado “*Born Too Soon – The Global Action Report on Preterm Birth*” (Howson & Lawn, 2012). Este relatório surgiu como resposta a um programa (World Health Organization, 2010) lançado alguns anos antes também pela OMS e que visava preparar as bases para o debate global a respeito da saúde materno-infantil, onde a problemática do nascimento prematuro estava incluída, passando desta forma a considerar este fenómeno como um verdadeiro problema de saúde pública e para o qual são necessários definir e aplicar medidas ordenadas associadas a políticas eficazes, de maneira a combater e / ou minimizar os seus efeitos negativos.

O relatório de (Howson & Lawn, 2012) revela que, em média, 10% dos nascimentos em todo o mundo ocorrem antes das 37 semanas de gravidez, e correspondem a 15 milhões de nascimentos pré-termo, e resultam em cerca de 1 milhão de mortes. Esta elevada mortalidade representa cerca de 40% do total de mortes de crianças menores de 5 anos, sendo a segunda causa de morte nesta faixa etária.

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

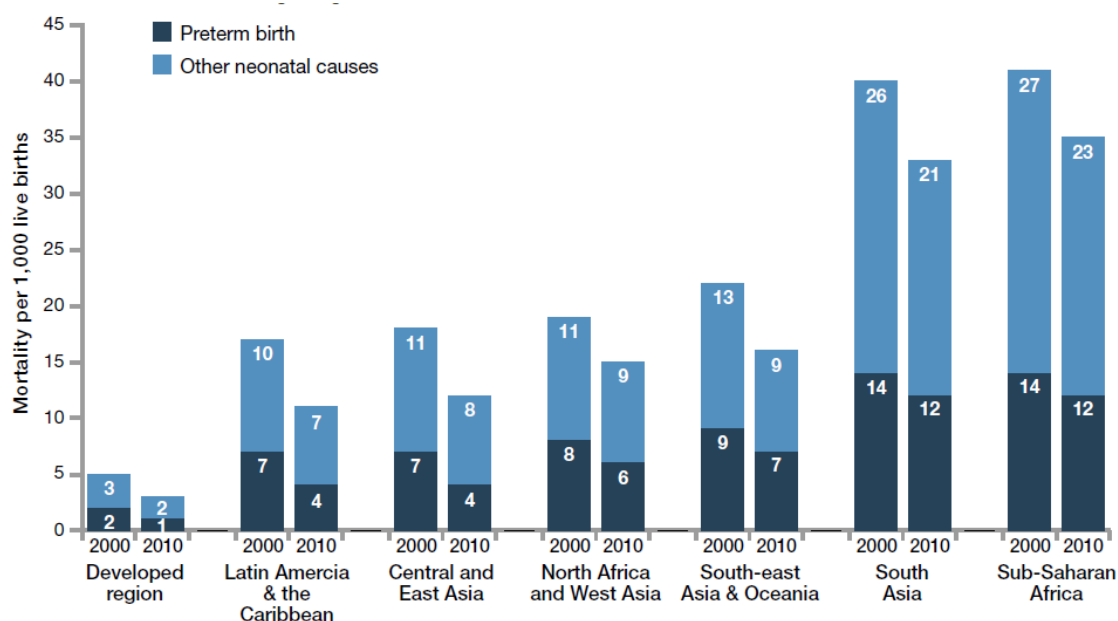


Gráfico 1: Mortalidade por nado vivos (Fonte: OMS)

Revela ainda que as taxas de nascimento prematuro em todos os países com dados estatísticos confiáveis indicam crescimento do número de casos de parto pré-termo e, por fim, apontam para a existência de grandes desigualdades nos índices de sobrevivência de prematuros entre os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. De acordo com (Mohangoo *et al.* 2011) citado por (Howson & Lawn, 2012), nos países desenvolvidos cerca de metade dos bebês que nascem as 24 semanas de gravidez (portanto, no limiar da sobrevivência) conseguem sobreviver e, no entanto, nos países em vias de desenvolvimento, somente nos casos de bebês nascidos as 32 semanas de gravidez é que se verificam taxas de sobrevivência de 50%.

O parto pré-termo divide-se ainda em subcategorias com base nas semanas de gestação concluídas:

- ✓ Extremamente pré-termo: <28 semanas
- ✓ Muito prematuros: 28 a <32 semanas
- ✓ Moderado a prematuro tardio: 32 a <37 semanas

Cerca de 60% dos nascimentos prematuros verificam-se na África e no Sul da Ásia (Gráfico 2). Da lista de países com maior incidência, destacam-se Brasil, Estados

Unidos, Índia e Nigéria, demonstrando que o nascimento prematuro é de fato um problema global.

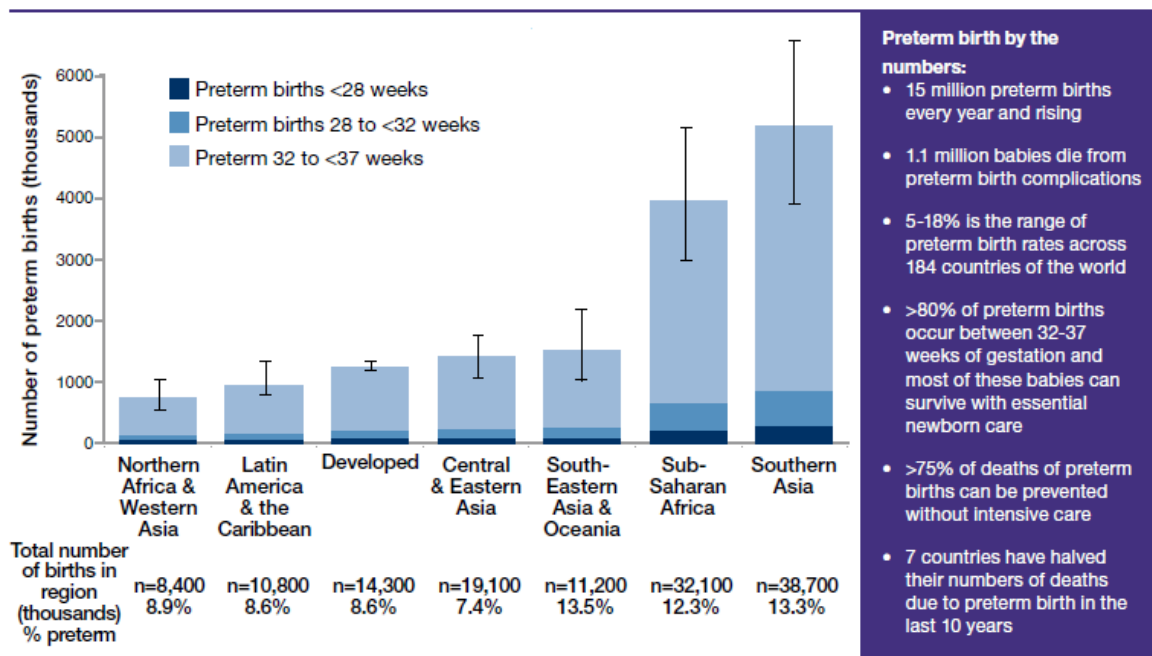


Gráfico 2: Partos prematuros por idade gestacional e região em 2010 (Fonte: OMS)

Dos 11 países com taxas de parto prematuro acima de 15%, todos eles se encontram na África Subsaariana (Gráfico 3). Nos países mais pobres, em média 12% dos bebês nascem prematuramente quando esta taxa fica em 9% nos países mais ricos. De referir ainda que as famílias mais pobres estão em maior risco.

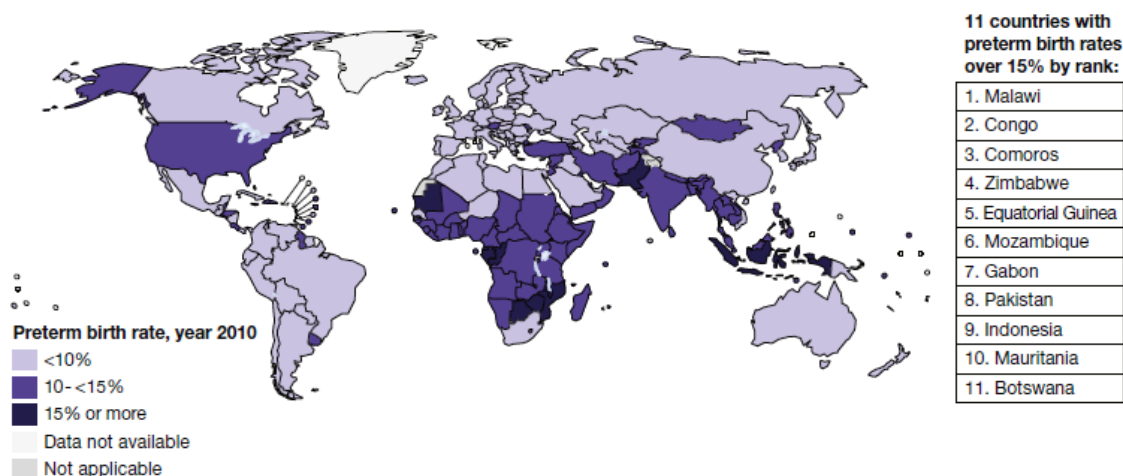


Gráfico 3: Valores globais de partos pré-termos em 2010 (Fonte: OMS)

O relatório de (Howson & Lawn, 2012) realça a importância dos cuidadores de bebés prematuros, salientando que existe conhecimento científico e técnico que pode resolver o problema, sendo possível reduzir a mortalidade, assim como os efeitos negativos na qualidade de vida dos sobreviventes, e que as soluções passam pela prevenção e pela aplicação de técnicas que ajudem na sobrevivência, combatendo infeções, promovendo o aleitamento materno, a regulação da temperatura corporal do prematuro e a aplicação de técnicas que visam melhorar a respiração.

2.3. Complicações da Prematuridade

O nascimento prematuro coloca um conjunto de riscos à saúde do indivíduo, que se estendem muito para além do período neonatal, podendo mesmo provocar sequelas irreversíveis. Os bebés que nascem prematuramente podem não estar aptos para enfrentar o mundo e necessitam de cuidados especiais. Podem sofrer de graves problemas, tais como a paralisia cerebral, a diminuição das capacidades cognitivas e intelectuais, doença pulmonar crónica e limitação ou perda total da capacidade visual e auditiva. São condições que limitam as capacidades fisiológicas e a qualidade de vida do bebé pré-termo, e podem implicar consequências negativas ao bebé, as suas famílias e a comunidade onde se encontram integrados.

A prematuridade é responsável pelo maior número de internamentos em cuidados intensivos neonatal. Não só a prematuridade coloca o bebé em risco de complicações neonatais (por exemplo, hiperbilirrubinemia e síndrome da angústia respiratória, que são mais prevalentes no prematuro), mas também outros fatores de alto-risco: por exemplo, anormalidades congénitas em associação com a prematuridade.

A causa da prematuridade é desconhecida na maioria dos casos. A incidência da prematuridade é mais baixa nas classes sociais mais elevadas, nas quais as grávidas têm melhor saúde e acompanhamento médico. Nas classes sociais mais baixas, verifica-se maior incidência de partos pré-termo. Outros fatores como gravidez múltipla, pré-eclâmpsia e problemas placentários que interrompem o curso normal da gravidez antes dos 37 meses de gravidez são causa de grande número de nascimento prematuro. O futuro do recém-nascido prematuro está em grande parte, mas não inteiramente, relacionado com o estado de imaturidade fisiológica e anatómica de vários órgãos e sistemas no momento do nascimento.

As complicações que afectam os bebés prematuros são de dois tipos: fisiológicos e metabólicos (Wong, 2006).

Como exemplos de complicações fisiológicas (Wong, 2006):

- **Hiperbilirrubinemia** refere a acumulação excessiva de bilirrubina no sangue e caracteriza-se por icterícia, uma descoloração amarelada da pele e outros órgãos, que normalmente se reveste de carácter benigno. Nos prematuros, a bilirrubina não benigna (chamada também de “não conjugada”) é altamente tóxica para os neurónios e o bebé corre risco de desenvolver encefalopatia;
- **Síndrome da Angústia Respiratória (SAR)** que resulta do atraso no amadurecimento dos pulmões e é observada quase exclusivamente em prematuros, sendo responsável pela maior parte dos casos de óbito e complicações respiratórias e neurológicas a longo prazo. Por vezes, infeções, obstruções das vias aéreas, hemorragias ou exposição ao frio provocam SAR;

- **Complicações cardiovasculares**, no caso dos prematuros, normalmente estão associadas a anemia ou canal arterial pérvio;
- **Complicações cerebrais**, ocorrem uma vez que os bebês prematuros apresentam uma rede cerebrovascular frágil e são altamente propensos a hemorragia periventricular ou intraventricular. A hemorragia intracraniana decorrente de trauma ou hipoxia é uma complicação comum no prematuro;
- **Sepsis neonatal** é mais comum e apresenta maiores riscos nos bebês prematuros devido a imaturidade do sistema imunológico e das outras limitações físicas que apresenta o prematuro – respiratória, alimentar, etc.;
- **Enterocolite necrosante (NEC)** – condição rara que afecta a parede intestinal de bebês muito prematuros, apresentando como sinais o abdómen distendido, sangue nas fezes e eritema;
- **Alimentar** (Howson & Lawn, 2012) - o prematuro tem maior dificuldade ou incapacidade para sugar e engolir uma vez que estes processos são coordenados a partir da 34^a semana de gestação e por esta razão necessitam de ajuda para se alimentarem;
- **Visão** (Howson & Lawn, 2012) - a retinopatia que resulta da prematuridade ocorre devido a proliferação excessiva de vasos sanguíneos em torno da retina do olho e pode ser agravado caso o bebê prematuro seja exposto a índices elevados de oxigénio.

2.4. Método Mãe Canguru

O MMC é uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para recém-nascidos pré-termo e / ou de baixo peso. Foi idealizado e implementado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia. A denominação Mãe Canguru deve-se à forma como as mães seguravam os bebês a seguir ao nascimento, de forma semelhante aos marsupiais (Venâncio & Almeida, 2004).

Era destinado a permitir alta precoce para recém-nascidos de baixo peso devido a escassez de equipamentos (incubadoras), problemas de infeções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e o abandono materno. O novo programa domiciliar de atenção ao recém-nascido pré-termo

e / ou baixo peso era baseado nos seguintes princípios: a) alta precoce independentemente do peso, desde que o bebê apresentasse condições clínicas estáveis; b) não utilização de alimentação artificial, em benefício do leite materno; c) incentivo ao contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, sendo o mesmo colocado entre as mamas; e d) manutenção do bebê em posição vertical.

De acordo com (Schubert et al., Morsch, Lima, Rego, Oliveira, & Andrade, 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 equipa, 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;
- 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.

Revisões Sistemáticas em diversos estudos permitiram verificar que o MMC está relacionado com a redução de até 50% na mortalidade neonatal em bebês estáveis com peso até 2.000g quando comparado com a utilização da incubadora (Howson & Lawn, 2012). Os estudos destacam ainda outros dois fatores importantes: a facilidade na aplicação do método e a melhoria da alimentação que proporciona ganho de peso de forma mais acelerada. Por sua vez, Cochrane produziu, uma revisão atualizada onde refere redução de até no 40% no risco de mortalidade pós-alta, redução de até 60% nas infecções neonatais e redução de até 80% nos casos de hipotermia.

Em relação ao aleitamento materno, há que referir que proporciona ganho de peso de forma mais acelerada e contribui para o reforço do vínculo físico e emocional entre a mãe e o bebé (Agudelo, Belizán, & Diaz-Rossello, 2003) devendo ser promovido e associado ao MMC.

O MMC tem, ainda, um carácter mais humanizador da relação entre mãe e bebé e traz benefícios ao sistema de saúde, porque reduz os custos de hospitalização prolongada bem como os custos de longos tratamentos (Lima, Quintero-Romero, & Cattaneo, 2000).

Desde 2003 que a OMS apoia o MMC como forma de tratamento aos bebés prematuros (Howson & Lawn, 2012), e para este efeito publicou e divulgou em todo o mundo um programa para esta área de saúde.

O MMC é referenciado como alternativa para bebés prematuros com peso igual ou superior a 800 g, mas em situações onde não há possibilidade de oferecer cuidados intensivos que incluem, por exemplo, incubadoras, o MMC tem sido aplicado com bons resultados. Por esta razão, é necessário aprofundar as investigações de forma a delimitar com maior precisão o limite inferior do peso do prematuro, abaixo do qual o método não é recomendado.

O fato é que apesar das várias evidências da eficácia do MMC, há subutilização no recurso ao método como forma de tratamento principal e neste sentido há que promover a sua divulgação por meio da partilha dos resultados positivos que proporciona no tratamento dos bebés prematuros.

2.5. Contato Pele-a-Pele

O contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem por progresso suficiente, é a principal característica do MMC (Oliveira, Lockes, Girondi, & Costa, 2015). O contato pele a pele proporciona forte humanização no tratamento e começa dentro da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), sendo um processo importante para a melhoria da qualidade da atenção ao recém-nascido pré-termo e sua família.

O método recebe tal denominação porque envolve a colocação do bebê na posição vertical sobre o peito / região torácica da mãe ou outro familiar com a finalidade de obter um contato pele a pele e promover proximidade entre pré-termos e suas mães. Desta forma, o contato pele a pele partilha o calor do corpo da mãe com o bebê e promove a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido. O contato pele-a-pele promove, ainda, o aumento da participação da família nos cuidados do RNPT (Neves, Ravelli, & Lemos, Mar 2010).

Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipa de saúde adequadamente treinada (Schubert et al., 2011).

2.6. Benefícios do Método Mãe Canguru

Ao longo dos anos e à medida que o MMC se torna conhecido e é aplicado em diferentes países e culturas, surgem estudos e pesquisas que trazem evidência dos benefícios do mesmo. Estas evidências são importantes porque ajudam a desmistificar alguns preconceitos que existem em relação a sua eficácia.

O MMC proporciona vários benefícios à mãe e ao prematuro. De acordo com Guimarães (2007), citado por (Neves *et al.*, 2010), “a formação do vínculo afetivo entre mãe e bebês tem seu início já no transcorrer da gravidez, em especial durante o desenvolvimento do segundo trimestre”. Verifica-se um fenómeno que consiste no surgimento dos primeiros sinais vitais do bebê, gerando na futura mãe a consciência da existência do bebê no útero, como um ser independente. A seguir ao nascimento verifica-se o período materno sensitivo em que os laços afetivos estabelecem-se e por esta razão a permanência da mãe junto do bebê após o nascimento facilita o início e o fortalecimento dos estímulos de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que vinculam a mãe ao bebê.

De acordo com Moura & Araújo (2005), referenciado por (Neves *et al.*, 2010), “uma importante vantagem percebida pelas mulheres no programa relacionava-se ao fato de este exigir sua presença no hospital, permitindo que controlassem os cuidados oferecidos ao bebê pela equipe de saúde”. Na prática, verifica-se que a presença da mãe no local onde o bebê recebe os cuidados da equipa de enfermagem reduz a ansiedade e insegurança da mesma, contribuindo para o reforço e empatia entre as partes.

De acordo com Venâncio & Almeida (2004), o MMC estimula e melhora o aleitamento e, por consequência, a nutrição do bebê. Proporciona melhorias no controle térmico e reduz os riscos de hipotermia. Contribui para reduzir os episódios de infecções hospitalares, além de melhorar os tempos de sono com todos os benefícios que isso proporciona (imunológicos, aumento de peso, desenvolvimento físico e cognitivo, etc.). Permite maior estabilização da frequência respiratória cardíaca e aumenta a saturação de oxigênio. Além dos benefícios já expostos, a permanência da mãe (e família) junto do bebê permite aperfeiçoar as competências dos pais no que diz respeito aos cuidados ao prematuro, diminuindo os casos de abandono.

De acordo com Santos (2011), existem benefícios fisiológicos importantes como o aumento de níveis de glicemia capilar, reduções dos níveis de dor e benefícios relacionais e psicológicos. Por sua vez (Franco, Calafatinho, Abade, Ornelas, & Oliveira, 2013) refere outro aspecto muito importante no contato pele-a-pele, que se trata da colonização do bebê prematuro com a flora bacteriana da pele materna, antes de entrar em contato com bactérias hospitalares auxiliando na prevenção e combate a infecções.

Em relação ao toque, o cheiro e a temperatura, Lowdermilk & Perry (2008), citado por Santos (2011), refere que são os estímulos vagais da mãe que conduzem a liberação de oxitocina, que por sua vez provoca a estimulação da resposta social, bem como reduz a ansiedade, aumenta a temperatura do peito e promove o desenvolvimento de melhores comportamentos de apegos da parte da mãe, através de gestos carinhosos durante a amamentação. Estes estímulos têm o efeito de provocar o aumento da quantidade de adrenalina no organismo do prematuro, fazendo-o estar mais alerta e promovendo o desenvolvimento de reflexos de procura da mama, favorecendo os aspectos nutricionais que são fundamentais para o desenvolvimento do prematuro.

2.7. O Papel do Enfermeiro

De acordo com Rodrigues (2010), citado por (Ferreira, Silva, Silva, & Silva, 2012), o MMC é considerado uma intervenção autónoma de enfermagem, sendo que cabe ao enfermeiro decidir realizar ou não este método, promove-lo junto da mãe e da família do recém-nascido prematuro ou de baixo peso, dar apoio à mãe e envolver a família na prestação dos cuidados ao recém-nascido.

O MMC deve ser acompanhado, sempre que possível, por uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro tem um papel muito relevante na prestação dos cuidados e ensinamentos (Charpak, 1999, citado por Duarte, 2005). Além do enfermeiro, participam médicos neonatologistas, obstetras, pediatras oftalmologistas e auxiliares dentre outros.

No capítulo *IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM*, abordaremos o papel do enfermeiro, relacionando-o com as conclusões dos artigos analisados na RSL, onde procuraremos compreender estas funções, a importância e os impactos negativos e positivos que tem na realização do Método Canguru.

2.8. Seleção do Tema e Questão de Investigação

O tema escolhido para a monografia é “*A Eficácia do Método Mãe Canguru: quando utilizado como intervenção de enfermagem em lactentes prematuros*”. A escolha do tema deve-se ao interesse e relevância do mesmo pois a prematuridade é a principal causa de morbilidade e onde os enfermeiros têm um papel muito ativo na prevenção da mortalidade neonatal nos países desenvolvidos (Bittar & Zugaib, 2009), e está relacionada com a contribuição das intervenções autónomas de enfermagem para a sobrevivência destes prematuros.

O sucesso na sobrevivência e nos progressos dos recém-nascidos prematuros no âmbito dos cuidados humanizados depende fortemente de dois aspectos (Oliveira *et al.*, 2015). O primeiro aspecto é a equipa de enfermagem e segundo é a vivência da mãe durante a hospitalização do recém-nascido.

Em relação ao aspecto referente à equipa de enfermagem, destacamos os primeiros momentos que seguem o internamento e que dizem respeito ao acolhimento das famílias e divulgação do estado de saúde do recém-nascido. A equipa exerce o papel de facilitador no processo de adaptação da família durante o internamento e deve reconhecer os fatores de stress e motivacionais encontrados pela mãe durante o internamento, para que desta forma a mãe esteja capacitada para os cuidados humanizados com base no Método Mãe Canguru.

Em relação ao aspecto relacionado com a vivência da mãe, é muito importante conhecer como se dá a experiência quanto ao internamento do recém-nascido e do papel

da atenção humanizada prestada ao prematuro através do Método Canguru, e neste domínio incluímos a gestão da quebra de expectativa do nascimento. De acordo com (Moreira, Romagnoli, Dias, & Moreira, 2009), citado por (Santos, Morais, Miranda, Santana, Oliveira, & Neri, 2013), “a possibilidade de elaborar o luto de perder a condição poderosa de grávida só é remediada pela possibilidade de ter o bebé no colo. A “síndrome do colo vazio” fere o centro do narcisismo feminino e essa ferida agrava-se com a possibilidade real de o filho não sobreviver”.

Nos países desenvolvidos, o MMC tem como objetivo principal a humanização da atenção ao recém-nascido pré-termo e / ou baixo peso, e não apenas o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais (Venâncio & Almeida, 2004). Face ao exposto, definimos como problema o desconhecimento das evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru quando utilizado como intervenção terapêutica em lactentes prematuros. Neste sentido, a problemática em questão reveste-se de ainda maior importância.

A questão que pretendemos ver respondida ao fim desta monografia: **quais são as evidências que comprovam a eficácia do Método Mãe Canguru quando utilizado como intervenção de enfermagem em lactentes prematuros?**

2.9. Protocolo de Pesquisa e Seleção de Artigos

O quadro que segue apresenta o protocolo de revisão na matriz PICO, buscando organizar e sistematizar a RSL:

P	Participantes	Quem foi estudado?	Vivências das mães e os seus recém-nascidos pré-termo	Palavras-chave: Prematuro Método Mãe Canguru Eficácia Enfermagem neonatal
I	Intervenções	O que foi feito?	Utilização do Método Mãe Canguru como intervenção terapêutica nos cuidados de enfermagem	
C	Comparações	Podem existir ou não?	Não existem	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Evidências que comprovem a eficácia do Método Canguru	

Tabela 1 Protocolo de revisão segundo a matriz Participantes, Intervenções, Comparações, Outcomes

A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, da prática, da gestão de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras. Uma pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o objeto da pesquisa e evita a realização de pesquisas desnecessárias (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007) .

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão definidos para a escolha dos artigos foram: estudos publicados a partir de 2005 inclusive, estudos centralizados na temática de cuidado neonatal com recurso ao Método Mãe Canguru, estudos que contenham referências a intervenção de enfermagem. Foram excluídos estudos em que verifica-se ausência de referências da vivência da mãe no Método Mãe Canguru e estudos em línguas diferentes de inglês, português ou castelhano.

A figura que apresentamos a seguir descreve o processo de seleção dos artigos da RSL, em que foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, bem como a análise dos artigos. Ao fim, foram escolhidos seis artigos, sobre os quais foi realizado a RSL.

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

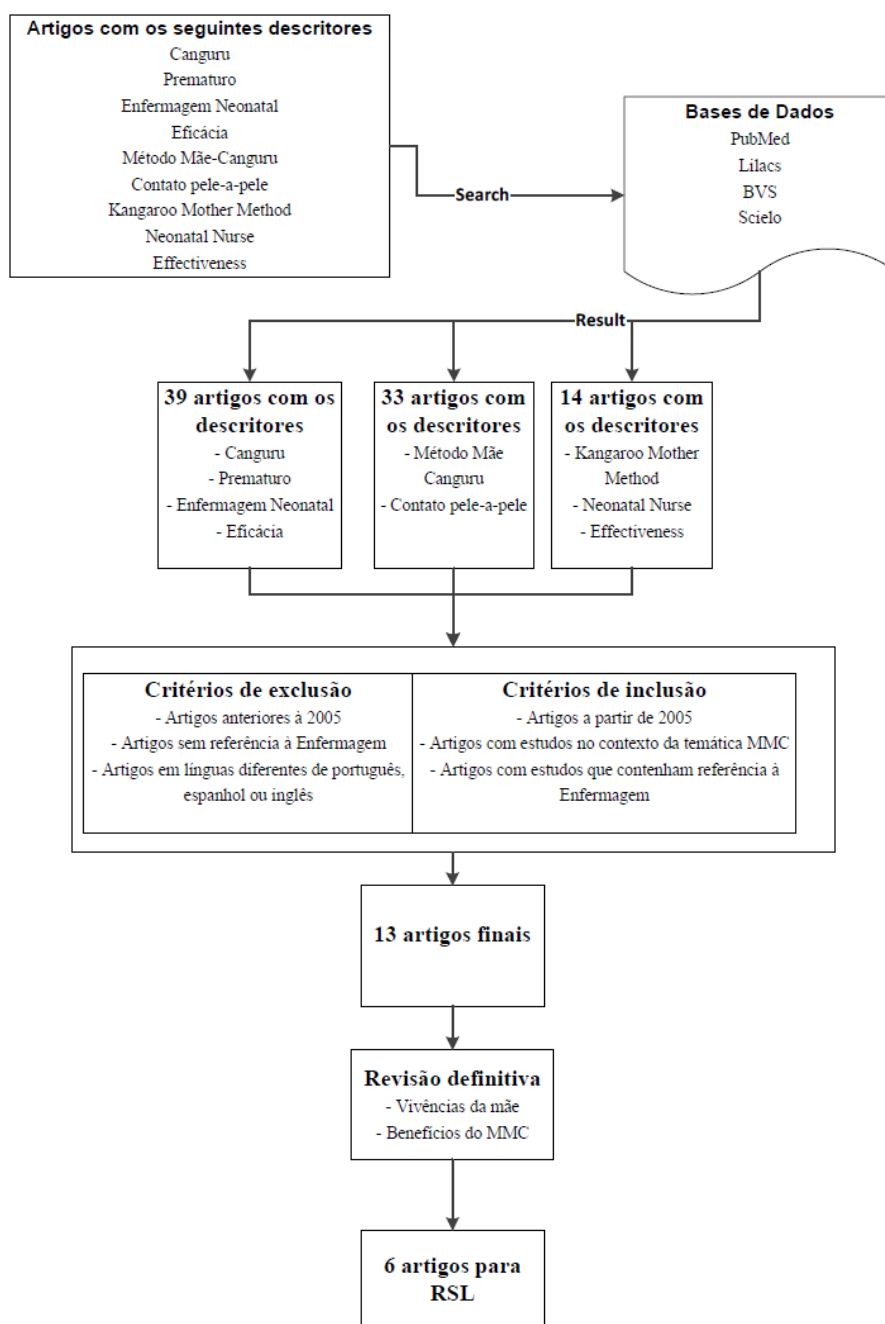


Figura 1: Processo para seleção de artigos para Revisão Sistemática da Literatura

2.10. Estudos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

Título	Artigo 1: Método Canguru: percepções das mães que vivenciaram a segunda etapa	Artigo 2: Método Mãe Canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem	Artigo 3: Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the Kangaroo position
Autores	Oliveira MC, Locks MOH, Girondi JBR et al.	Arivabene JC, Tyrrell MAR	Santos LM, Morais RA, Miranda JOF et al.
Ano / País	2015 – Brasil	2010 – Brasil	2013 - Brasil
Objetivo	Conhecer as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do Método Mãe Canguru	Descrever as vivências das mães, analisando-as à luz dos princípios do Método Mãe Canguru e discutir as contribuições das mães a partir dos significados dessas vivências para as ações de enfermagem	Analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do Método Canguru e conhecer como o primeiro contato pele a pele entre mão e filho através da posição de canguru colabora com esta vivência
Palavras-chave / descritores	Enfermagem neonatal, Método Mãe Canguru, cuidados de enfermagem, relação mãe e filho	Método Mãe Canguru, vivências maternas, cuidados de enfermagem, enfermagem	Enfermagem neonatal, unidades de terapia intensiva neonatal, prematuro
Amostra	Cinco (5) mães de recém-nascido	Treze (13) mães de recém-nascidos pré-	Doze (12) mães de recém-nascidos

	pré-termo	termo / baixo pesos	pré-termo
Tipo de Estudo	Descritivo, exploratório de natureza qualitativa	Natureza qualitativa: estudo de caso de natureza reveladora	Descritivo, exploratório e de natureza qualitativa
Instrumento de colheita de dados	Entrevista semiestruturada, análise de conteúdo Questionário para aferir o conhecimento das mães sobre o Método Mãe Canguru e os principais sentimentos vivenciados por elas naquele momento. Utilizado a técnica de observação com anotações em diário de campo com o objetivo de auxiliar as autoras na análise	1ª Fase, questionário: entrevista individual com questões sociodemográficas 2ª Fase, entrevista coletiva: estratégia de grupo focal (dados colhidos diretamente das falas)	Entrevistas semiestruturadas, questionário com questões sociodemográficas e três questões: 1) Como está a vivenciar o internamento do seu filho? 2) O que achou da primeira vez que colocou o seu bebé na posição de canguru? 3) Gostou de colocar o seu bebé na posição canguru? Aprofunde este momento.
Aspectos relevantes	Os resultados foram agrupados por semelhanças formando três (3) categorias: “a importância do início”, “dilemas e dificuldades na realização do método” e “o Método Canguru facilitando o cuidado ao seu filho”	Os resultados preliminares deram origem a seis (6) categorias temáticas: a) os benefícios das vivências no MMC: sobrevivência e recuperação do bebé; b) o dia-a-dia das mães, modificado pelo MMC; c) valorização da afetividade entre familiares; d) dificuldades vivenciadas no MMC; e) benefícios das vivências relacionadas à equipe de	Os dados obtidos foram divididos em 3 categorias: a mãe e o prematuro, “gostando de canguruzar” e os benefícios do contato pele a pele. Face aos sentimentos de medo e saudade da família por parte da mãe, os profissionais de saúde devem promover o método canguru, uma

		enfermagem e f) comentários e sugestões das mães. Neste artigo, serão tratadas as três primeiras categorias expostas	vez que as mães sentem-me mais participativas no processo de cuidar do RNPT e demonstram mais felicidade e afeto
Observações e outros aspectos	O local de realização do estudo apresentava boas condições de infra-estrutura, o que possibilitou um ambiente próximo a realidade domiciliar das mães. O local do estudo é uma referência nacional no Brasil para o Método Mãe Canguru, por ser tratar de um hospital escola	O artigo desenvolveu conclusões com base nas três primeiras categorias referidas no quadro anterior. O estudo foi realizado em instituição hospitalar pública de referência no atendimento à gestante, puérpera, parturiente e recém-nascido de alto risco.	O estudo foi realizado num hospital com unidade neonatal, onde utilizam o Método Mãe Canguru desde 2002

Título	Artigo 4: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe Canguru): percepções das puérperas	Artigo 5: Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method	Artigo 6: Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e auto-eficácia
Autores	Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD.	Gontijo TL et al.	Spehar & Seidl
Ano / País	2010 – Brasil	2010 - Brasil	2013 - Brasil
Objetivo	Conhecer as percepções de puérperas frente à utilização do Método Mãe Canguru	Avaliar a implantação do método canguru em hospitais capacitados pelo Ministério da Saúde (MS)	Descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de auto-eficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do Método Mãe Canguru, de puérperas de recém-nascidos pré-termo de baixo peso
Palavras-chave / descritores	Educação em saúde, humanização da assistência, prematuro, enfermagem neonatal	Método Mãe Canguru, recém-nascido de baixo peso, avaliação de serviços de saúde	Recém-nascido prematuro; auto-eficácia; humanização da atenção
Amostra	Seis (6) puérperas inseridas no método Mãe Canguru durante o	176 (60,1%) dos 293 hospitais maternidades (HM) capacitados entre	Dez (10) mães de neonatos internados em uma unidade de

	internamento do bebê	2000 e 2003 no Brasil	referência
Tipo de Estudo	Abordagem qualitativa, descritiva e de campo	Transversal, conduzido em duas fases	O estudo é descritivo, longitudinal e de curto prazo, com natureza qualitativa e quantitativa
Instrumento de colheita de dados	Na coleta dos dados utilizou-se de entrevista semiestruturada, com cinco perguntas norteadoras: “Conte-me como foi a sua experiência de parto?”; “Recebeu orientações quanto a funcionalidade do Método Mãe-Canguru?”; “O que você entende sobre Método Mãe-Canguru?”; “O que te levou a usar o Método Mãe-Canguru?”; “Para você, quais os benefícios da utilização do método?”	Na primeira fase: questionário por correio tradicional, fax ou e-mail; Na segunda fase: visita in “loco”.	Roteiro de entrevista e uma escala para avaliação de auto-eficácia materna, aplicados nas três etapas
Aspectos relevantes	O artigo analisou duas categorias: 1) Vivências maternas com o Método Mãe Canguru, com as subcategorias: método mãe canguru e o aleitamento materno e vivências na prática canguru; 2) Conhecendo o Método Canguru, com as subcategorias vivências maternas na	A primeira fase englobou um universo de 293 HM, correspondendo a todos os hospitais capacitados e abordava as dimensões da avaliação normativa: estrutura, processos e resultados. A segunda fase aplicou-se a um universo mais restrito de 29 HM e que consistiu	Foram identificados três eixos temáticos: Posição Canguru (PC) na primeira etapa, PC na segunda etapa e PC na terceira etapa. Os dados coletados foram expostos de forma comparativa entre as três fases (as duas hospitalares e a domiciliar)

	unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e sentimentos no trabalho de parto prematuro	exclusivamente na avaliação de processo utilizando-se roteiro de observação não participante e estruturado	com base nos relatos maternos
Observações e outros aspectos	<p>O estudo foi realizado numa instituição de saúde de carácter filantrópico, dotada de uma unidade de atendimento neonatal onde o Método Mãe Canguru é utilizado regularmente.</p> <p>A pesquisa não abordou dados clínicos do RN, nem tampouco dados como Peso, Apgar, Parkins, entre outros. Todas as puérperas com seus bebês, em atendimento na enfermaria MC foram convidadas a participar do estudo e o foco foi a mãe no pós-parto</p>	Para estimar a confiabilidade da variável “implantação das etapas do método”, entre o questionário e a visita local utilizou-se o teste de kappa.	<p>Fatores materno para inclusão no estudo: ter escolaridade mínima de quatro anos de estudo; ser mãe de bebé com idade gestacional de 28 a 37 semanas incompletas, ou seja, de prematuridade moderada. Os critérios de exclusão foram ter histórico psiquiátrico ou complicações clínicas importantes no pós-parto e ser portadora de VIH.</p> <p>Quanto aos bebês, foram excluídos neonatos nascidos a termo, prematuros extremos (abaixo de 27^a semana gestacional), com gemelaridade, com anomalias congénitas ou que tivessem ido a óbito.</p>

Tabela 2 Dados de caracterização de diferentes estudos

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O nascimento prematuro ocorre quando a gestação é interrompida antes das 37 semanas de gravidez completas (Neves *et al.*, 2010). Os nascimentos prematuros são categorizados em três grupos de acordo com a idade gestacional. Assim, nascimentos que ocorrem até às 30 semanas são classificados como prematuros extremos. Para os nascimentos até às 34 semanas, classifica-se como prematuros moderados e para aquelas que vão até às 37 semanas são chamados de prematuros limítrofes (Arivabene & Tyrrell, 2010). O conceito de recém-nascido de baixo-peso aplica-se aos bebês que nasçam com peso inferior a 2.500 gramas (Spehar & Seidl, 2013).

A prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil (no Brasil, mas não só conforme referimos no início desta RSL), resultando das dificuldades respiratórias, asfixia ao nascer e baixo peso (Oliveira, Lockes, Girondi, & Costa, 2015). Além destes problemas, há referências a outros problemas graves; de acordo com Neves *et al.*, (Mar 2010), os recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados intensificados para garantir a manutenção da saúde, uma vez que apresentam um quadro de saúde muito complexo onde se verificam problemas respiratórios, diminuição da temperatura corporal (pode levar a hipotermia), diminuição da função renal, deficiência do aparelho digestivo, hemorragias, lesões nos olhos resultantes do uso de oxigênio.

A prematuridade do parto provoca uma quebra acentuada das expectativas que o idealismo da paternidade coloca a toda a família. Provoca ainda o sentimento de culpa da mãe – sentimento que deriva da incapacidade que algumas mães sentem por não conseguir levar a gravidez até o seu termo normal (Oliveira *et al.*, 2015). De acordo com Santos *et al.* (2013), a prematuridade provoca uma espécie de luto pela morte do filho imaginário e por esta razão o parto pré-termo está associado a sentimentos negativos, como insegurança e medo. Neste contexto, os autores destacam a importância de trabalhar os sentimentos da família, com ênfase nos sentimentos da mãe que naturalmente é o elemento familiar mais afetado. O estudo indica que é muito importante trabalhar os aspectos sociais, emocionais e psicológicos da família, em linha com as referências que foram identificamos nos demais artigos da RSL. O nascimento prematuro provoca impacto na rotina da família porque exige tempo e dedicação da mãe

para acompanhar e cuidar do pré-termo. Provoca constrangimentos sociais e familiares, porque é comum haver afastamento da mãe em relação aos outros filhos que estão em casa, afastamento do marido e demais familiares, aumento das preocupações financeiras e o isolamento em que a mãe por vezes coloca-se na unidade neonatal (Oliveira *et al.*, 2015).

No estudo de Oliveira *et al.* (2015) verifica-se que o MMC implica um contato pele-a-pele que evolui desde o toque até a posição canguru, e deve-se realizar precocemente e de forma continuada, por livre opção da família e pelo tempo que o recém-nascido e família entendam como prazeroso e suficiente. O mesmo autor refere que são considerados MMC apenas os procedimentos que proporcionam o contato precoce realizado de forma orientada – e aqui há um papel importante do enfermeiro – por livre escolha da família – e aqui há importância do consentimento que deve ser fomentado pelo enfermeiro – de forma crescente e segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipa de saúde treinada. Por sua vez, o estudo de Neves *et al.* (2010) refere que o MMC recebe tal denominação porque envolve a colocação do bebé na posição vertical sobre o peito da mãe com a finalidade de obter um contato pele-a-pele e promover proximidade entre pré-termos e suas mães. No estudo de Spehar & Seidl (2013) destacam o aspecto na humanização que o cuidado proporciona, dando ênfase no paradigma da não separação entre o bebé e os seus pais especialmente a mãe, e desta forma os pais assumem um papel que ultrapassa a vertente da paternidade, passando a ser parceiros na prestação dos cuidados com o bebé. O MMC divide-se em três etapas, e segundo (Gontijo, Meireles, Malta, Proietti, & Xavier, 2010) a primeira etapa envolve a identificação do trabalho de parto e os cuidados em UCIN para bebés com peso inferior a 1.500 gramas e impossibilitados de ir para enfermaria, a segunda etapa envolve os cuidados do prematuro em enfermaria canguru acompanhado da mãe que assumirá a posição canguru pelo maior tempo possível e, finalmente, a terceira etapa aplica-se ao período pós alta e até o prematuro atingir 2.500 gramas, sendo os cuidados prestados de forma autónoma pela mãe e família em seu domicílio.

De acordo com *Santos et al.* (2013) o Método Canguru surge como um meio para melhorar o vínculo da mãe, família e bebê durante o processo de hospitalização, criando as bases para a autonomia dos cuidados após a alta hospitalar.

O autor *Santos et al.* (2013) descreve que o contato pele-a-pele promove estímulos e reforça a percepção que as mães passam a ter do bebê após o primeiro contato físico, e estão associados a ideia da recuperação clínica e do fortalecimento do vínculo afetivo. As mães referem que o contato pele-a-pele melhora a temperatura corporal dos bebês, e que o aconchegar do filho no tórax e o sentir bater o coração traz conforto, gerando confiança de forma que a mãe sente que contribui efectivamente para a recuperação do seu filho. Por sua vez, *Neves et al.* (2010) refere que a vivência proporcionada pelo contato pele a pele influencia na melhoria da respiração, do sono, na regulação da temperatura e no ganho de peso.

A adoção do MMC coloca algumas especificidades, quer da parte do bebê, quer da parte da família e da própria unidade de saúde. No estudo de (*Oliveira et al.*, 2015), o Método Canguru é exequível quando há estabilidade clínica do prematuro, há nutrição entérica plena, peso a partir de 1.250 gramas. O autor refere ainda que deve haver capacidade da mãe e família para compreender as dificuldades na realização do MMC e ter disponibilidade para permanecer na unidade neonatal. Outro estudo de *Santos et al.* (2013) traz para discussão a questão dos fatores limitadores da adesão ao método e refere dois novos fatores que são a gravidade do estado de saúde do pré-termo associado ao uso do suporte ventilatórios e a carência de informações sobre o método.

Por outro lado, coloca-se a problemática das infra-estruturas que são necessárias para o sucesso da implantação do MMC. Sabemos que a existência de espaços especializados, onde a família é acolhida e onde a mãe pode permanecer por tempos prolongados, é crucial para o sucesso nos resultados do método, e neste sentido *Gontijo et al.* (2010) refere, no seu estudo, que as unidades hospitalares dotadas de UCIN privilegiam a aplicação na primeira fase, havendo maiores dificuldades nas fases seguintes devido a inexistência ou precariedade de espaços de enfermarias cangurus que promovem o MMC. Na prática, verificam-se que muitas das unidades não tinham locais para permanência dos pais enquanto os prematuros se encontram internados em UCIN,

e como sabemos esta situação põe em causa a aplicação do MMC. Por sua vez os autores Spehar & Seidl (2013) reforçam a importância de garantir a disponibilidade de recursos materiais, já que a falta dos mesmos pode desincentivar a prática do MMC.

No estudo de Arivabene & Tyrrel (2010) é referido que a participação efetiva da família no Método Canguru reforça as relações familiares uma vez que verificam-se melhorias no convívio, afetividade e compreensão entre os elementos do agregado familiar e traduz-se em melhores resultados no MMC. Há que salientar que o contato íntimo da mãe com o bebé proporciona melhor relação sensorial do bebé com o mundo, e esta evidência é destacada como muito importante pelas mães que participam do MMC. Por outro lado, o autor Oliveira *et al.* (2015) cita como muito importante o fortalecimento da ligação afetiva dos pais ao seu bebé, bem como o *empowerment* da família no que diz respeito ao desenvolvimento das capacidades como cuidadora, por que são necessárias para a prestação dos cuidados a seguir a alta hospitalar.

A execução do MMC implica exigências e desafios à estrutura familiar porque provoca importantes modificações na rotina. No estudo de Arivabene & Tyrrel (2010) salienta-se a questão do abandono da família em favor do prematuro, ou seja, a mãe passa a estar dedicada a tempo inteiro ao tratamento e recuperação do prematuro, provocando impactos importantes na organização da família, verificando-se também grande vulnerabilidade da mãe uma vez que o papel que a mesma exerce no contexto social e familiar é de grande exigência e o abandono destas funções durante o Método Canguru, especialmente nas etapas 1 e 2 que incluem internamento, provoca grande desorganização da rotina e daí resultam conflitos. Por esta razão, o autor refere a importância do apoio familiar, quer na assunção das responsabilidades atribuídas à mãe no contexto familiar e que devem ser assumidas por outros (pai, sogros, amigos) quer no apoio as tarefas no âmbito do Método Canguru. Os conflitos familiares, portanto, provocam consequências negativas nos resultados dos cuidados proporcionados ao bebé no Método Canguru e quando existe apoio familiar, estes resultados são melhores e o nível de stress ao qual a mãe é submetida é menor.

Em relação ao desafio que se coloca ao enfermeiro, o estudo de Spehar & Seidl (2013) refere que a equipa de enfermagem tem um papel decisivo na adoção, prática e

sucesso na aplicação do Método Canguru, a semelhança do que apontam outros estudos desta RSL. Sobre este aspecto, e tendo em consideração os apontamentos finais deste estudo, incluiremos algumas referências no capítulo a seguir, nomeadamente as referências à capacidade que o enfermeiro deve desenvolver para identificar as características individuais das mulheres na realização do método, evitando assim erros como a generalização e idealização da participação da mãe no MMC.

Todos os estudos analisados na RSL fazem referências pertinentes quanto aos benefícios proporcionados pelo MMC. A análise dos estudos permitiu-nos identificar quatro vertentes: a) fisiológicas, b) emocionais / afetivas, c) auto-eficácia, d) financeiras.

Na vertente fisiológica, o estudo de Arivabene & Tyrrel (2010) refere que o MMC contribui para fortalecer o controlo térmico e reduzir as infeções hospitalares, por sua vez, (Santos *et al.*, 2013) descreve que o aumento gradativo do tempo do pele-a-pele provoca também o aumento gradativo da capacidade de mamar e conseqüentemente, do aumento do peso do bebé. No estudo de Neves *et al.*, (Mar 2010 verificamos que os prematuros submetidos ao MMC apresentaram melhor sucção, pois a estabilidade fisiológica, a eficiência da sucção foram mais efetivos com a proximidade materna. O mesmo estudo refere que a proximidade com a mãe promovida pelo método faz com que o prematuro se alimente com mais frequência e há, ainda, relatos das mães que participaram do estudo em que referem que a respiração do bebé é mais calma e que esta diferença é evidente, e faz com o que o bebé se sinta mais relaxado e descansado. No estudo de (Gontijo *et al.*, 2010), este refere que a proposta do sistema público de saúde do Brasil para divulgar a aplicação do MMC no país apresentou resultados clínicos semelhantes aos do tratamento convencional e revelou-se uma boa estratégia de promoção do aleitamento materno, que apresentou um aumento significativo na duração do aleitamento materno exclusivo.

Na vertente emocional / afetiva, o estudo de Arivabene & Tyrrel (2010) refere que o MMC diminui o tempo de separação entre o bebé e família evitando longos períodos sem estimulação sensorial, além de aumentar o vínculo entre mãe e bebé. Já (Santos *et al.*, 2013) refere o contributo que o contato pele-a-pele proporciona para aumentar o exercício da maternidade, que se traduz na vivência de experiência sensorial com o

bebé. O mesmo autor refere que a primeira etapa do Método Canguru e o contato pele-a-pele funciona como um conforto materno, porque permite transmitir carinho e afeto ao bebé, e neste sentido ajuda a reduzir os níveis de tensão e stress das mães. O contato pele-a-pele permite que a mãe sinta a frequência cardíaca do seu filho, gerando conforto e tranquilidade. No estudo de (Oliveira *et al.*, 2015) é referido que o MMC está associado ao alívio do sentimento de culpa pela mãe – sentimento de culpa que deriva da incapacidade que algumas mães sentem por não conseguir levar a gravidez até o seu termo normal - e ao fortalecimento da ligação afetiva dos pais ao seu bebé. No estudo de Neves *et al.* (2010), verifica-se que o convívio continuado proporciona momentos de reconhecimento mútuo entre mãe e bebé por meio do contato pele-a-pele, permitindo que os prematuros vivenciem a proteção materna, gerando calma e consequentemente redução do stress.

Quanto a auto-eficácia, o estudo Arivabene & Tyrrel (2010) refere que as mães aprendem a dar banho de acordo com a técnica e a segurar o bebé. Já Santos *et al.* (2013) descreve que no primeiro contato pele-a-pele a mãe passa a sentir-se segura e melhora a parte sensorial e a conversa com o bebé, reforçando as competências maternas. Por sua vez, (Oliveira *et al.*, 2015) descreve que o MMC proporciona o *empowerment* à mãe no que diz respeito ao desenvolvimento das capacidades como cuidadora, e que serão muito importantes para a fase que segue a alta hospitalar. No estudo Spehar & Seidl (2013), verifica-se que o conceito de auto-eficácia parental é a percepção da parte dos pais de que sabem organizar e executar as tarefas relacionadas com os cuidados ao bebé prematuro, e que esta auto-eficácia tem origem em experiências anteriores, em trocas de experiências ou na passagem de conhecimento por profissionais de saúde – enfermeiros, por exemplo; para aferir o grau de auto-eficácia, o estudo apresentou uma escala proposta na Grã-Bretanha e denominada Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy – PMS-E, e que se trata de uma novidade nesta RSL, tendo em consideração que nos demais estudos da RSL não houve referência à mesma. Esta escala é utilizada para avaliar as competências da mãe e identificar os casos em que é desejável reforçar a orientação para a aplicação dos cuidados ao prematuro. Os dados recolhidos no estudo indicaram que as mães que trabalham com o MMC na primeira fase tendem a consolidar esta prática nas fases seguintes e que o inverso se verifica, ou

seja, as mães que não praticam no método na primeira fase, tendem a fazê-lo de forma limitada e com resultados insuficientes nas fases seguintes.

No aspecto financeiro, o estudo de Arivabene & Tyrrel (2010) e Neves *et al.* (2010), referem que o MMC permite que se reduza o período de permanência do bebê no hospital, com efeitos positivos nos custos no sistema de saúde. Já o artigo de Gontijo *et al.* (2010), refere mesmo que utilização do MMC como meio de tratamento dos prematuros reduz o custo do tratamento a cerca de um terço do valor da assistência tradicional, assegurando resultados clínicos similares.

Por último, é importante referir que os estudos da RSL atribuíram uma grande importância a problemática da vivência das mães durante o MMC, porque é uma forma de aperfeiçoar o método. No estudo de Oliveira *et al.* (2015), o autor refere que a vivência da mãe na segunda etapa do Método Canguru tem por objetivo identificar falhas / limitações na aplicação do método e aperfeiçoar as capacidades e habilitações dos enfermeiros (e outros profissionais de saúde) porque, na prática, é o cuidado individualizado e sensível à mãe e ao pré-termo que determina a adesão e o sucesso do método. O capítulo que segue aprofunda a discussão sobre a importância da equipa de enfermagem no MMC, que é essencial para o sucesso do método.

4. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

O enfermeiro e a equipa de enfermagem têm um papel muito importante nos momentos e dias que precedem e se seguem ao parto prematuro. O enfermeiro deve identificar o recém-nascido e a família para participar no programa, entrevistar os pais, se possível, nas primeiras horas pós-parto e incentivar o contato da mãe com o recém-nascido na unidade neonatal. O enfermeiro deve avaliar o contexto familiar para assegurar que a família é capaz de dar continuidade com o Método Canguru até o final, sendo preferível adotar métodos tradicionais / alternativos caso seja diagnosticado incapacidade da família em se adaptar as exigências do Método Canguru. Neste contexto, o enfermeiro deve conhecer e saber avaliar antes de admitir o prematuro nos cuidados do Método Canguru.

Uma vez que esteja definido que o recém-nascido e família podem beneficiar do Método Canguru, a adesão ao mesmo deve ser feita de forma consentida e esclarecida, cabendo ao enfermeiro e restante equipa multidisciplinar oferecer todos os esclarecimentos necessários. A seguir, o enfermeiro deve fomentar o contato precoce entre bebé e mãe/familiares, e estes contatos devem ser devidamente orientados e supervisionados pela equipa de enfermagem. Mais uma vez, o enfermeiro e equipa devem estar devidamente preparados e treinados para prestar o suporte assistencial e educacional neste momento.

No que se refere a componente emocional, os artigos analisados abordam esta questão e atribuem especial relevância à mesma, sendo o enfermeiro uma peça fundamental neste momento porque a mãe está submetida a intensa emoção, propícia a crises de depressão, stress, angústia e medo. Trata-se de uma altura em que a mãe é confrontada com o sentimento de incapacidade para prestação dos cuidados, e cabe ao enfermeiro e à sua equipa implementar as ações para gerir este momento crítico.

Outro aspecto muito interessante e abordado nos diversos artigos é a relação da família com a mãe e o prematuro. O enfermeiro deve assegurar uma assistência humanizada e atenciosa à mãe e a sua família, com uma escuta ativa, esclarecendo dúvidas e fomentando a autonomia durante todo o ciclo de aplicação do método. Este

papel inclui, ainda, conhecer e entender as reações da família, lendo os sinais, comportamentos e o “*body language*”, pois contribui para o relacionamento da família com a mãe e o prematuro, retirando da mãe responsabilidade excessiva que naquele momento ela tem dificuldades em suportar. A relação com a família deve ser prestada numa perspectiva em que o enfermeiro detém o conhecimento para a prestação dos cuidados, mas fomentar a autonomia e respeitar a realidade cultural e social dos pais e familiares, evitando sobrepor estes valores e crenças por ações educativas e assistenciais que entrem em contradição com esta cultura já enraizada.

Quanto aos conhecimentos técnicos, ao longo da implementação e execução do método o enfermeiro deve ter uma intervenção autónoma e estar capacitado com conhecimentos específicos sobre a alimentação do recém-nascido com baixo peso e experiência na área da neonatologia, conhecer e estimular a extração do leite materno para uso imediato e contínuo, a estimulação das habilidades nos cuidados, a higiene, a alimentação, banho e prevenção de problemas com as mamas como engurgitamento e fissuras. O enfermeiro deve auxiliar na colocação do recém-nascido em posição canguru, proporcionando a posição confortável aos pais, posicionar a cabeça e pescoço para proteção das vias aéreas, registar sinais vitais nos primeiros quinze minutos de utilização do Método Canguru e manter-se disponível para apoiar a família.

A análise dos artigos permitiu-nos identificar alguns fatores de risco para a eficácia do Método Canguru que dependem do enfermeiro e sua equipa:

- Autoritarismo: exercício de poderes discricionários, sem respeito pela realidade cultural e social dos pais e familiares, substituindo estes valores e crenças por ações educativas e assistenciais que sobrepõem-se a estes valores, provocando conflitos na família e na relação desta com o enfermeiro e com a equipa. No limite, pode fomentar más práticas durante a aplicação do método e, em alguns casos, o abandono do método;

- Fragilidade na segurança técnica do enfermeiro: provoca sobrecarga de trabalhos na mãe para a prestação dos cuidados ao bebé, provocando cansaço, insegurança e sobrecarga à mãe;

- Indefinição das funções do enfermeiro e da mãe, principalmente na primeira e segunda fase do método: a prestação de cuidados do enfermeiro não pode nem deve ser substituído pela mãe;

- Falta de acompanhamento ou seguimento inadequado pelo enfermeiro e equipa: a falta de informações e esclarecimentos provoca ansiedade, insegurança e sentimentos negativos, que dificultam a realização do método e fomentam o abandono;

- Metodologia de formação ineficiente: a formação e especialização do enfermeiro na área de cuidados neonatais pelo Método Canguru devem ser dirigidas aos profissionais ligados aos serviços; a passagem dos conhecimentos dentro da equipa deve estar em conformidade com regras previamente estabelecidas e mensuráveis;

- Inexistência de meios para verificar a autonomia da mãe: o enfermeiro deve ter acesso a processos que permitam aferir o grau de autonomia da mãe nas diversas etapas do método. Por exemplo, a utilização de processos científicos como o *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* referido por Spehar & Seidl (2013) na RSL é um meio recomendável para identificar necessidades de reforço nos ensinamentos prestados pelo enfermeiro e, até mesmo, necessidade de melhorar e reforçar a capacidade do enfermeiro e equipa;

- Exclusão da família: o enfermeiro e equipa ignoram as necessidades da família no contexto dos cuidados do método, provocando conflitos familiares, stress acrescido à mãe e abandono do método.

- Ênfase na aplicação do Método Canguru em apenas uma das fases: o enfermeiro e equipa devem estar capacitados para aplicar, ensinar e acompanhar o método em todas as suas fases. Verificamos que em alguns artigos a aplicação do método fazia-se intensamente na primeira fase (CTI) com forte acompanhamento e envolvimento do enfermeiro, e nas fases seguintes verifica-se alguma “*deficit*” no seguimento.

5. CONCLUSÃO

O MMC é aplicado como alternativa de cuidados aos pré-termos há 30 anos. Desde então, tem-se produzido literatura científica com o objetivo de avaliar os resultados do método e, em resultado destes estudos, verifica-se um vasto conjunto de evidências dos benefícios e eficácia do mesmo. É interessante constatar que o MMC surge num contexto de limitação de recursos em países em vias de desenvolvimento. Entretanto, desde então fez uma evolução notável passando a ser aplicado em mais de 80 países em todo o mundo e passando mesmo a ser uma referência da OMS aos bebés pré-termos. Neste contexto, o MMC evolui de “solução de recurso” e passa a ser uma das primeiras opções para prestação de cuidados a pré-termos, assumindo desta forma um papel muito importante em relação à crescente preocupação para a prestação de cuidados humanizados aos pré-termos. O MMC assume, ainda, um papel relevante na resposta a questões sociais e emocionais do tratamento, não apenas do bebé pré-termo, mas também pelo envolvimento da família – mãe, pai, avós e outros elementos do agregado.

Em Portugal, cerca de 9% dos partos são pré-termos. Em todo o mundo, verificam-se valores estatísticos médios em torno desta grandeza. Hoje, a prematuridade é um fenómeno que exige atenção dos governos, dos sistemas de saúde e dos prestadores de cuidados porque tem relevância social, ao contrário do passado quando os índices de mortalidade neonatal e infantil eram mais elevados. Além deste fator, vivemos um período histórico de redução dos índices de natalidade, famílias menores e decisão pela gravidez em idades cada vez mais avançadas. Há que considerar, também, que em todas as áreas da saúde existe uma percepção de que é necessário humanizar os cuidados – aplica-se não apenas aos cuidados aos pré-termos e neonatais em geral, mas também aos idosos, às crianças e adolescentes, aos deficientes e a diversos segmentos da população que no passado estiveram, de alguma forma, fora do foco de atenção central dos sistemas de saúde.

Neste contexto, a RSL que realizamos, por via da presente monografia a partir de seis artigos científicos selecionados, privilegia dois critérios relevantes para avaliar a eficácia do MMC. O primeiro critério foi a análise das evidências da eficácia do método

para o sucesso na recuperação dos pré-termos e o segundo critério foi a importância do enfermeiro para a boa execução e sucesso do método.

Em relação ao primeiro critério - evidências da eficácia do método - confirmamos que o MMC produz resultados positivos nas vertentes fisiológicas, financeiras, emocionais e auto-eficácia. Os resultados da eficácia do método no que concerne às questões fisiológicas e financeiras eram esperados ainda antes do início da revisão. No aspecto fisiológico, a revisão permitiu-nos identificar a eficácia no controlo térmico e na redução das infeções hospitalares, no aumento gradual da capacidade de mamar e ganho de peso, na regularidade da alimentação e nutrição, na melhoria na respiração e relaxamento do bebé. Há referência que o MMC é uma boa estratégia de promoção do aleitamento materno, com todas as vantagens fisiológicas que daí advém. No aspecto financeiro, o método proporciona uma grande eficácia ao reduzir os custos do tratamento para 1/3, assegurando resultados similares.

Quanto a eficácia, destacamos dois aspectos positivos que na fase inicial da RSL não tínhamos identificado – a eficácia emocional e a auto-eficácia da mãe.

Na vertente emocional, em que consideramos ainda os aspectos sociais e familiares, revelou-se que as mães referem o conforto emocional que o método proporcionou já que o regime de internamento e o convívio intensivo com o bebé reforçou os laços afetivos; referem ainda que o método proporciona sentimentos de vitória e superação depois de má experiência resultante do parto prematuro.

Deve-se destacar, ainda, que os aspectos sociais e familiares são elementos decisivos para a estabilidade emocional da mãe. A RSL identifica a importância da rede de apoio e suporte social à mãe, em que se insere a problemática familiar - outros filhos, compromissos e valências da mãe no contexto familiar - e financeira – a mãe trabalhadora, a mãe que é a provedora do sustento da família. A prematuridade e o MMC exigem das mães distanciamento das suas rotinas e prioridade no cuidado ao prematuro, potenciando situações de conflitos familiares e sociais. O MMC deve considerar a rede de apoio à mãe e família, e esta rede deve dar respostas às necessidades por meio do fornecimento de recursos que se façam necessários. Portanto, o acolhimento e envolvimento da família na implementação do método são muito

importantes por preservar e zelar pelos vínculos na família e a estabilidade emocional, criando assim as bases do sucesso para a fase que segue a alta hospitalar.

Quanto a auto-eficácia, comprovou-se que o MMC proporcionou às mães as bases para a autonomia na prestação dos cuidados que são necessários para a fase que segue a alta hospitalar.

Em relação ao segundo critério - a importância do enfermeiro para a boa execução e sucesso do método – identificamos um conjunto de riscos, nomeadamente as práticas autoritárias na relação com a mãe e família que passam por ignorar a realidade cultural e social dos pais e familiares, a fragilidade na formação técnica do enfermeiro ou formação ineficiente, a indefinição das funções do enfermeiro e da mãe durante o MMC, a falta de acompanhamento ou seguimento inadequado pelo enfermeiro e equipa. Estes riscos, quando acautelados, passam a ser fatores de sucesso para a eficácia do MMC.

Para aperfeiçoar a eficácia do MMC, consideramos que é necessário apostar na formação teórica e técnica do enfermeiro para a implementação do método, investir no desenvolvimento de capacidades de gestão e relação com a família, de forma a identificar e prevenir situações de risco para a aplicação do MMC com origem nas debilidades da família e, finalmente, assegurar a existência de serviço social que proporcione uma eficaz rede de apoio à família durante a implementação do MMC.

Por último, destacamos que a presença e atuação do enfermeiro e equipa multidisciplinar são fundamentais para o sucesso e eficácia do MMC, seja pelos cuidados proporcionados, pelos ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas, pelo apoio e suporte emocional, pelo envolvimento da família nos cuidados, pela promoção da auto-eficácia das mães e por todos os demais envolvimento do enfermeiro neste processo. A revisão dos artigos permitiu-nos compreender que o Método Canguru resulta apenas quando o enfermeiro ocupa um papel central no processo, envolvendo a mãe, o prematuro, a família, a unidade hospitalar e mesmo com os outros profissionais da equipa multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C., Belizán, J., & Diaz-Rossello, J. (2003). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Arivabene, J., & Tyrrell, M. (2010). Método Mãe Canguru: Vivências Maternas e Contribuições Para Enfermagem. *Revista Latina - AM. Enfermagem*, 131.
- Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2009). Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 204.
- Charpak, N. (1999). *O método mãe-canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras*. McGraw-Hill.
- Duarte, A. &. (2005). A Atuação do Enfermeiro na Promoção da Saúde: Discutindo Método Mãe Canguru. *Informe-se em promoção da saúde, V.1, n.l.p.s-p*.
- Ferreira, A., Silva, C., Silva, D., & Silva, T. (2012). Método Mãe Canguru: Amamentação do Recém-nascido prematuro e/ou de Baixo Peso. *Conferência Amamentação*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros de Portugal.
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., Ornelas, M., & Oliveira, S. (2013). <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGO%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>. Obtido em 03 de Agosto de 2015, de www.ordemdosenfermeiros.pt: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>
- Gontijo, T. L., Meireles, A. L., Malta, D. C., Proietti, F. A., & Xavier, C. C. (2010). Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns - the Kangaroo Method. *Jornal de Pediatria*, 34.
- Guimarães, M. M. (2007). (Des)motivação da Puérpera Para Praticar o Método Mãe-Canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 6.
- Howson, M. K., & Lawn, J. (2012). *Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: Eds CP.

- Lima, G., Quintero-Romero, S., & Cattaneo, A. (2000). Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Annals of Tropical Paediatrics*, 20:22-26.
- Medina, E. U., & Pailaquilén, R. M. (Jul-Ago 2010). A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência. *Rev. Latino-Am*, 18(4).
- Moreira, J. d., Romagnoli, R. C., Dias, D. A., & Moreira, C. B. (2009). Programa Mãe-Canguru e a Relação Mãe-Bebé: Pesquisa Qualitativa na Rede Pública de Betim. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 480.
- Moura, S. M., & Araújo, M. d. (2005). Produção de Sentidos Sobre a Maternidade: Uma Experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 43.
- Moutinho, A., & Alexandra, D. (2013). Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco – um estudo caso-controlo. *Rev Port Med Geral Fam*, 29:107-12.
- Neves, P. N., Ravelli, A. P., & Lemos, J. R. (Mar 2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (Método Mãe Canguru): percepções de puérperas. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)*, 48-54.
- Oliveira, M. C., Lockes, M. O., Girondi, J. B., & Costa, R. (Jul-Set de 2015). Método Canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, pp. 2939-2948.
- Rodrigues, S. (2010). Método Canguru - Um Pequeno Gesto Para um Bem Maior. *Revista portuguesa de Enfermagem Nº 24*, 45-49.
- Santos, A. (2011). *A Importância do Contacto Precoce Pele-a-Pele Entre Mãe e Bebê*. Portimão, Lagos: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-AM Enfermagem*, 15.
- Santos, L. M., Morais, R. A., Miranda, J. d., Santana, R. C., Oliveira, V. M., & Neri, F. S. (2013). Maternal Perception of the Skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*.
- Schubert et al., C. A., Morsch, D. S., Lima, G., Rego, J. D., Oliveira, M. C., & Andrade, M. A. (2011). Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - MMC.

A Eficácia do Método Mãe Canguru: Quando Utilizado como Intervenção de Enfermagem em Lactentes Prematuros - Licenciatura em Enfermagem

In M. d. Brasil, *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - MMC* (p. 21). Brasília: Editora MS Coordenação de Gestão Editorial.

Spehar, & Seidl. (2013). Percepções Maternas no Método Canguru: Contato Pele a Pele, Amamentação e Autoeficácia. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 648.

Venâncio, S. I., & Almeida, H. d. (2004). MMC: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria*, S178.

Wong, D. L. (2006). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health - Millennium Development Goals*. Obtido em 15 de Nov de 2015, de MillenniumProject: <http://www.unmillenniumproject.org/goals/>