DESAFIOS DAS MÃES NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

MOTHERS' CHALLENGES IN THE THIRD STAGE OF THE KANGAROO METHOD

DANIELLY GONÇALVES DA SILVA^{1*}, LÍVIA DE SOUSA RODRIGUES², AMANDA SOARES³, ANTONIO GERMANE ALVES PINTO⁴, PALOMA COSTA FERREIRA SOARES⁵

1. Enfermeira. Especialista em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Integrada de Patos (FIP); 2. Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/URCA); 3. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB); 4. Enfermeiro. Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); 5. Enfermeira. Especialista em Informática em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

* Rua Joaquim de Sátiro, 240, Varjota, Várzea- Alegre, Ceara, Brasil. CEP: 63540-000. danigsenf@gmail.com.br

Recebido em 06/03/2018. Aceito para publicação em 02/04/2019

RESUMO

O método mãe canguru é uma assistência prestada ao neonatal, que consiste no contato pele a pele o mais precocemente possível entre mãe e filho. Representa uma proposta de assistência humanizada, com ênfase no paradigma da não separação entre a mãe e o bebê. Buscou-se conhecer os desafios vivenciados pelas mães de RN de alto risco durante a terceira etapa do método mãe canguru com base na literatura disponível sobre o tema. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura onde foram analisados artigos indexados nas bases de dados LILACS, BDENF, PubMed e SCIELO no período de 2008 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol com a combinação dos descritores e operador booleano *and*. As evidências demonstram mães de classes sociais variadas e que vivenciam as mesmas dificuldades, sentimentos e desafios relativos ao cuidado com recém-nascido e à prática do método mãe canguru em domicílio. Ressalta-se a importância da enfermagem na programação de ações que possam permitir às mulheres a superação dos obstáculos e vivenciar esta etapa. Desse modo sugere-se que a estratégia de humanização seguida pelos pais é uma opção segura à terapêutica convencional com bons resultados para a promover o aleitamento materno. Porém há a necessidade de estudos que possam avaliar tais desafios, a fim de se chegar à causa dessas dificuldades e descobrir estratégias que possam contribuir para minimizar esses problemas.

PALAVRAS-CHAVE: Método mãe canguru, mães, baixo peso ao nascer, enfermagem.

ABSTRACT

The Kangaroo Mother Method is a care provided to the neonatal, which consists of skin-to-skin contact as early as possible between mother and child. It represents a proposal for humanized assistance, with emphasis on the paradigm of non-separation between mother and baby. We sought to know the challenges faced by mothers of high-risk newborns during the third stage of MMC based on available literature on the subject. It is an integrative review of literature in which articles indexed in the LILACS, BDENF, PubMed and SCIELO databases were analyzed from 2008 to 2017, in the Portuguese, English and Spanish languages with the combination of descriptors and Boolean operator *and*. The evidence demonstrates mothers of different social classes

who experience the same difficulties, feelings and challenges regarding care for the newborn and the practice of MMC at home. Emphasis is placed on the importance of nursing in the programming of actions that may allow women to overcome obstacles and experience this stage. Thus, it is suggested that the strategy of humanization followed by the parents is a safe option to the conventional therapy with good results to promote breastfeeding. However, there is a need for studies that can evaluate such challenges, in order to get to the cause of these difficulties and to discover strategies that can contribute to minimize these problems.

KEYWORDS: Kangaroo mother method, mothers, low weight at birth, nurse.

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente nascem, todos os anos, 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos por distúrbios metabólicos, dificuldades de deglutição, de digestão e de controle e regulação da temperatura corporal¹.

O nascimento prematuro ou pré-termo é entendido como aquele que ocorre antes de completar a 37ª semana de idade gestacional, e o recém-nascido de baixo peso é aquele que possui menos que 2.500 g ao nascer².

Diante da problemática e de seu impacto para a Saúde Pública, estratégias são implantadas e implementadas a fim de minimizar os indicadores de morbimortalidade neonatal. Utiliza-se a aplicação dos avanços científicos e tecnológicos no cuidado e o acolhimento nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), o que tem possibilitado maior sobrevivência de crianças prematuras e de baixo peso³.

Nessa perspectiva, tem se consolidado em cerca de 80 países, como estratégia de atenção perinatal, o Método Canguru (MC), Método Mãe Canguru (MMC) ou Kangaroo Mother Care (KMC). Também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou “Contato Pele a

Pele”, apresenta-se como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para o RN de baixo peso ao nascer e é utilizado, principalmente, como forma de contribuir para a redução da mortalidade neonatal e favorecer o desenvolvimento integral da criança e da família em contexto de prematuridade^{4,5}.

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, que versa sobre o Método Canguru no Brasil, recomenda sua operacionalização em três etapas distintas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal de alto risco, seguido da internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Nesse período, mãe e família devem ser orientados quanto às condições da criança, ressaltando a importância do cumprimento de todas as etapas do Método Canguru⁶.

A decisão para a utilização do método parte de uma fase prévia ao nascimento do RN de alto risco, sendo considerado àquele pré-termo e/ou de baixo peso, também com a identificação das mulheres com risco gestacional, englobando alterações como: diabetes gestacional, hipertensão arterial, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, dentre outras. Nessa situação, a genitora e sua família recebem orientações e cuidados específicos e o suporte psicológico é prontamente oferecido⁷.

Na segunda etapa, Gontijo *et al.* (2012)⁶ afirma que o recém-nascido, após estabilização das condições clínicas, é transferido para a enfermaria canguru, onde ficará acompanhado de sua mãe, que assumirá a posição canguru pelo maior tempo possível, o que permite aumentar a proximidade física e comunicação entre mãe e bebê e o empoderamento materno. Esta etapa funciona como período de adaptação da mãe e do filho para a alta.

A terceira etapa começa quando o bebê recebe alta hospitalar e caracteriza-se pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 gramas. O RN estará em cuidados domiciliares. Por motivo de segurança é necessário reforçar com a família a necessidade de manter o RN em posição canguru por tempo integral, o que exige da equipe uma observação cuidadosa e global do RN e da adaptação de sua família à nova rotina. Situações de risco devem ser reconhecidas pela família para que uma adequada intervenção venha a ser estabelecida. É necessário que sejam realizadas seis consultas, sendo ao menos uma consulta semanal no hospital de origem e as demais podem ser realizadas com apoio das equipes da Estratégia de Saúde da Família, incluindo visita domiciliar. A comunicação entre o hospital e atenção primária é de fundamental importância para estabelecer uma linha de cuidado integral⁸.

A maioria dos estudos produzidos sobre o método trata dos seus benefícios, ao passo que poucos analisaram os desafios vivenciados pelas mães durante a sua implementação, sobretudo no acompanhamento ambulatorial, correspondente à terceira etapa no Brasil. O interesse por uma pesquisa desta natureza surgiu devido à necessidade de busca de evidências científicas

acerca do assunto para melhor embasar a prática profissional.

Assim, objetiva-se conhecer os desafios vivenciados pelas mães de RN de alto risco durante a terceira etapa do método canguru com base na literatura disponível sobre o tema.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Propôs-se a realização de uma pesquisa bibliográfica através de uma revisão integrativa da literatura.

Este tipo de pesquisa permite sintetizar o conhecimento sobre determinado assunto e facilitar a aplicação dos resultados significativos na prática clínica, sendo a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões. É muito útil na área de enfermagem, visto que, diante da crescente quantidade e complexidade de informações adquiridas através de estudos, proporciona aos profissionais uma melhor utilização das evidências adquiridas⁹.

Este estudo aborda uma análise de dados apoiada na necessidade de sintetizar os desafios enfrentados pelas mães e seus conhecimentos sobre o método canguru a partir do reconhecimento da atual produção científica sobre o conceito e sua utilização na prática domiciliar.

Considerando-se o objetivo referido, foram selecionados estudos que contemplassem a temática, publicados em periódicos nacionais e internacionais (texto completo e acesso livre) indexados nas bases de dados LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed, BDENF (Banco de Dados em Enfermagem) e no diretório da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Como primeiro procedimento para busca e seleção dos artigos identificou-se os descritores por meio de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo selecionados para esta pesquisa “método mãe canguru”, “mães” e “baixo peso ao nascer”. O próximo passo foi buscar nas bases de dados utilizando o operador booleano “AND”, restringindo a busca aos estudos que contivessem os três descritores selecionados. Assim, foram levantados nove estudos indexados no LILACS, 21 estudos indexados no SCIELO, um indexado na BDENF, 26 indexados no PubMed e 20 estudos indexados na BVS, totalizando 77 estudos.

Realizou-se a leitura de títulos, objetivos e resumos, visando a uma seleção de artigos completos e de livre acesso que respondessem ao objetivo proposto. Utilizou-se como filtros nas bases de dados e diretório já citados, os idiomas português, inglês e espanhol e publicações dos últimos 10 anos, já que data deste período a introdução do MMC no Brasil.

Excluiu-se os estudos que não estavam relacionados com o tema e as produções duplicadas. Dessa forma, a amostra final ficou composta por onze artigos, numerados de 1 a 11.

Destaque-se a possibilidade de que alguns estudos acerca da temática não tenham sido encontrados em nossa busca, uma vez que esta foi baseada em

descritores cadastrados no DeCS.

Os trabalhos selecionados foram organizados em forma de tabela, contendo: o nome do autor, o título do estudo, o periódico de indexação, o ano de publicação e o tipo/ abordagem de pesquisa.

3. DESENVOLVIMENTO

Mediante utilização de critérios de inclusão e exclusão foram considerados para análise 11 dos 77 artigos encontrados inicialmente. A tabela 1 informa a síntese dos artigos científicos incluídos no estudo:

Tabela 1. Síntese dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa, organizados segundo Periódico, ano e tipo de estudo/abordagem (n=11). Várzea – Alegre – CE, 2019.

Variáveis	Nº	%
Periódico		
BDENF	1	9,1
SCIELO	7	63,6
LILACS	1	9,1
PUBMED	2	18,2
Ano de publicação		
2007	1	9,1
2009	2	18,2
2010	3	27,3
2011	3	27,3
2013	1	9,1
2015	1	9,1
Abordagem/ Tipo de estudo		
Qualitativa	6	54,5
Descritivo	6	54,5
Mista	2	18,2
Convergente-Assistencial	1	9,1
Quantitativa	2	18,2
Pesquisa Participante	1	9,1
Exploratório descritivo	1	9,1
Revisão sistemática	1	9,1

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Observa-se que houve um aumento na produção científica sobre o tema a partir do ano de 2010, sendo distribuídos entre os idiomas português e inglês, com 63,63% e 36,37%, respectivamente. Todas as pesquisas foram realizadas com profissionais integrantes da equipe de enfermagem e equipe médica, cujo trabalho era realizado em instituições de assistência ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer.

Os artigos foram também classificados segundo a abordagem e o tipo de estudo: seis artigos foram classificados como qualitativos, três como quantitativos, e dois como misto (quantitativo/qualitativo). Em relação ao desenho metodológico adotado, foram identificados: seis estudos descritivos, um exploratório descritivo, e os outros com uma utilização cada (pesquisa participante, revisão sistemática; estudo longitudinal; convergente – assistencial).

A abordagem qualitativa sobressaiu sobre as demais, o que pode ser explicado pelo fato de o objeto de estudo da enfermagem, o cuidado humano, inserir-se com mais precisão no universo subjetivo ao lidar com as percepções, as experiências e os sentimentos a

fim de aprofundar-se no seu conhecimento para melhor sistematizar a assistência.

Segundo Minayo (2012)¹⁰, este paradigma busca a compreensão acerca das características e significados singulares apresentados em uma situação que envolve o comportamento dos indivíduos, preocupando-se com o nível de qualidade do universo do estudo, bem como os processos que nele transcorrem, como suas motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes.

As publicações são recentes e remetem ao período pós-implantação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru), que foi lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2002, na busca por uma metodologia de abordagem perinatal que tivesse o foco na humanização da assistência, o que transformou o MMC em uma política pública em nosso país⁷.

Dos onze artigos da pesquisa, foi constatado que sete (84,22%) estão com seus enfoques centrais voltados para os pais, por meio da percepção, dificuldades enfrentadas, bem como os sentimentos e contribuições a partir da vivência com o método. Ao considerar a família, o Método Canguru ampliou a abordagem de cuidado para além do bebê de baixo peso, que usualmente era o centro das atenções das equipes de saúde neonatal. A família é considerada como uma organização social que pode ser afetada em toda a sua estrutura. Diante da chegada de um recém-nascido prematuro, a literatura direciona seu foco para as condições físicas, psicológicas e emocionais dos pais, que em decorrência dos diversos acontecimentos podem passar por inúmeras mudanças profundas em suas rotinas e regras, bem como no próprio cotidiano¹¹.

Em sequência, três artigos (15,78%) enfocaram os profissionais, identificando as estratégias e planejamentos utilizados para implementação e promoção do método. Para instrumentalizar os profissionais na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru) o Ministério da Saúde elaborou um programa de disseminação da atenção humanizada, realizado através de cursos de capacitação com a duração de 40 horas, conduzidas, consecutivamente, em uma semana de trabalho, com aulas expositivas, práticas clínicas, discussões, oficinas realizadas pelo grupo condutor⁷.

Foi possível um agrupamento dos artigos encontrados baseando-se na similaridade dos conteúdos presentes em seus resultados. Os dados encontrados revelaram que os RN que participaram do MMC apresentaram respostas significativamente positivas, como melhoria no aleitamento materno e no tempo de permanência na internação, melhor controle da temperatura corporal, aumento das respostas fisiológicas e recuperação mais rápida em relação aos batimentos cardíacos.

Os achados relativos aos aspectos positivos do método mãe canguru demonstram relatos de mães que vivenciaram a experiência do nascimento prematuro e internação dos filhos numa unidade neonatal, com destaque para o estímulo ao aleitamento materno e ao

desenvolvimento da competência dos pais no manuseio dos filhos, ambos presentes em 52,64% dos artigos analisados.

A leitura do material coletado permitiu ainda identificar a percepção dos sujeitos no tocante às dificuldades encontradas durante a realização do método, a partir da influência de fatores de caráter pessoal, relacional e estrutural. Apresentamos a contagem frequencial de ocorrência dessas limitações na literatura analisada na tabela 2.

Tabela 2. Dificuldades relatadas pelas mães nos artigos analisados.

DIFICULDADES	FREQUÊNCIA NOS ESTUDOS
Falta de apoio institucional	03
Dificuldade de os pais realizarem o método	03
Falta de recursos materiais	02
Falta de recurso financeiro da família	08
Presença de filhos pequenos em casa	05
Distanciamento dos outros filhos	03
Falta de ajuda nas tarefas domésticas	09
Insegurança na realização dos cuidados ao RN	03
Preocupações com outras condições médicas	01
Falta de afinidade com o método	02
Desconforto físico	03

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4. DISCUSSÃO

Os resultados descritos abordam a percepção das mães acerca da prática do Método Mãe Canguru em seu domicílio, revelando mães de classes sociais diferentes que, no entanto, vivenciam as mesmas dificuldades, sentimentos e desafios relativos ao cuidado com RN e à prática do método em domicílio.

O apoio insuficiente, a falta de recursos da família para traslado ao hospital, a falta de materiais e as condições laborais insalubres em algumas unidades de saúde foram fortemente mencionados pelas genitoras. A sobrecarga de tarefas em casa reflete a insatisfação das mães com o volume de trabalho doméstico, e apresenta-se como um desafio adicional para a realização do método, confrontando-se com os esforços necessários para o seu êxito.

Seidman *et al.* (2015)¹² menciona um conjunto de barreiras que incluiu encontrar o bebê muito difícil ou pesado de segurar, desconforto no tórax ou costas e exaustão, entre outros. As demandas clínicas das mães também representam uma grande barreira à prática, remetendo à dor por reparo de episiotomia, à recuperação de cesariana, à depressão pós-parto e à doença materna em geral.

A adesão ao MMC também pode ser dificultada por aborto prévio, presença de outros filhos pequenos em casa, falta de ajuda no domicílio, relacionamento instável, dificuldade do pai em realizar o MMC devido às questões relacionadas ao gênero e à dificuldade de compreensão da equipe em relação a isso³.

Outro fato revelado pelos estudos é que, de todas as mães que foram preparadas e orientadas no ambiente hospitalar, pouco mais da metade delas não contaram com o envolvimento familiar e, sem este apoio após

alta hospitalar, houve queda adicional da prática do MMC no domicílio^{12,13}.

Toma *et al.* (2007)¹⁴ observou que as mães relataram uma menor participação dos pais durante o período de internação, pois se sentiam envergonhados de colocar o RN na posição canguru, enfatizando também que o sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva, uma vez que estas mulheres, na maioria dos casos, têm outras responsabilidades a cumprir. Em virtude dos vários papéis sociais desempenhados, a mãe não conseguirá sozinha garantir a extensão do cuidado em domicílio.

Outro achado relevante é que "mães canguru" tendem a se sentir mais competentes do que as mães do cuidado tradicional^{2,24}.

Cabral & Groleau (2009)¹⁵ expõem uma predominância nas experiências agradáveis das mães que participaram do MMC em relação àquelas que visitaram seus bebês na incubadora, tendo contato visual ou tocando-os apenas com as mãos.

Nessa perspectiva, Moreira *et al.* (2009)¹⁶ nos mostram que o sentimento de medo e insegurança que as mães demonstram ao se depararem com a situação do seu filho geralmente surge a partir do pavor diante do desconhecido e da morte, do futuro incerto e da possibilidade de não retornar para sua casa com a criança tão esperada. Todavia, apesar das dificuldades, há um sentimento de esperança por parte dessas mulheres, sendo os filhos considerados como bênçãos, só pelo fato de terem sobrevivido.

Para Arivabene & Tyrrell (2010)¹⁷ no cotidiano da mãe-canguru, sentimentos como esperança e fé confortam-nas no enfrentamento da morte e, mesmo com tantas adversidades, promovem um alívio diante da realidade vivenciada e acabam favorecendo a aceitação de uma situação insatisfatória e trágica.

Nesse aspecto, é importante que os trabalhadores da saúde busquem uma prática com integralidade, compreendendo que a mãe do prematuro possui necessidades que extrapolam os limites do biológico, social e psicológico, ganhando contornos espirituais e sentimentais.

Além disso, é preciso trabalhar a equipe de saúde na discussão dos limites do ser humano e na necessidade de entender que, particularmente nestes casos, é indispensável uma postura reflexiva e apoiadora diante da real morte prematura. Para tanto, estas práticas se delineiam como valioso instrumento para minimizar o sofrimento das mães e familiares no ambiente hospitalar.

O paradigma da não separação entre o bebê e seus pais, especialmente a mãe, torna-os parceiros nos cuidados com o bebê, o que possibilita a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família².

Outra situação considerada por Maia *et al.* (2011)⁵ é que nem todas as mães participaram do MMC de forma consensual. Embora tenham aderido por causa dos

benefícios ao bebê, há aquelas que afirmaram ter muitas dificuldades, mas aderiram ao método também pelo benefício à sobrevivência do RN.

Em relação aos sentimentos maternos verbalizados mediante a realização do MMC, ficou evidente o predomínio de sentimentos positivos que expressaram satisfação e conexão com o bebê.

De maneira geral, os dados acerca do método canguru foram positivos, tanto no aspecto de realização do posicionamento quanto nas descrições maternas sobre os sentimentos e emoções associados a essa prática. Essas evidências demonstram que o contato pele a pele com o bebê pode contribuir para uma elaboração positiva da crise do nascimento prematuro e da hospitalização do neonato.

Considerando as contribuições dos estudos, foi possível constatar que o método é reconhecido como importante para a relação mãe-filho, e que permite múltiplos benefícios, contudo, ressalta-se a importância da enfermagem em programar ações que possam permitir às mulheres a superação dos obstáculos e vivenciar plenamente esta etapa.

5. CONCLUSÃO

Nos períodos de internação prolongada, comuns ao RN de baixo peso, a mãe e a família recebem todo suporte da equipe hospitalar, incluindo as orientações necessárias para o momento de alta. Sendo o Método Mãe Canguru um modelo assistencial com inúmeros benefícios, a participação efetiva dos pais, desde o início, favorece positivamente o cuidado à criança no ambiente hospitalar.

Contudo, os desafios ainda são muitos. Entende-se que a plena inclusão do Método Canguru pelas maternidades brasileiras requer a utilização de estratégias como a educação permanente de toda a equipe envolvida, da mesma forma como ocorre em diversos aspectos do cuidado neonatal.

Observamos que esses desafios não podem ser descontextualizados da condição atual do acolhimento perinatal no setor público brasileiro, principalmente dos aspectos ligados à assistência obstétrica e neonatal de risco. Dificuldades de acesso, fragmentação entre a assistência pré-natal e a atenção ao parto, métodos assistenciais inadequados e superlotação nas maternidades seguem bem documentadas em diversas regiões brasileiras e é esse o panorama no qual as estratégias de humanização permanecem alocadas.

Nesse sentido, encontramos apoio na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde proposta a partir de 2003. A assunção de que, muito mais que um simples programa, a humanização deve ser eixo articulador de todas as práticas em saúde é tarefa imprescindível para gestores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde. As reflexões e conhecimentos dos profissionais que implementam o Método Canguru a partir de uma perspectiva ampliada de humanização podem e devem ser aplicadas a esta tarefa.

Para o desenvolvimento adequado do método

canguru, a família necessita assumir o protagonismo no cuidado, visando minimizar as possibilidades de falhas, principalmente na etapa domiciliar. Neste sentido, a equipe deve sistematizar suas ações a partir da assistência prestada e suas experiências no campo de trabalho, cujo processo se estabelece com base na educação em saúde, e contar com o envolvimento familiar, ou seja, trabalhar na perspectiva de promover a interação equipe-família, a fim de garantir suporte à mãe para que se sinta segura no cuidado domiciliar.

A garantia da extensão do cuidado tem início na unidade neonatal até sua continuidade em domicílio, mediada por ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro e fora do ambiente hospitalar. Destaques sugerem que a estratégia de humanização seguida pelos pais é uma escolha segura à terapêutica convencional, como também uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno. Além disso, pesquisas com enfoque qualitativo poderiam explicar outras questões, como o fortalecimento do vínculo mãe-filho.

Diante disso, há a necessidade de estudos que possam avaliar tais desafios, a fim de se chegar à causa dessas dificuldades e, desse modo, elaborar estratégias que contribuam para a solução desses problemas. Assim, o Método Mãe Canguru poderá ser mais eficaz, contribuindo para uma assistência qualificada e humanizada.

Logo, espera-se que os resultados encontrados possam colaborar para o conhecimento e entendimento do conteúdo publicado até aqui sobre os desafios das mães na terceira etapa do Método Mãe Canguru, e que as lacunas encontradas possam contribuir para o desenho de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- [1] Dias GP. Custos relacionados ao método canguru comparados aos da unidade intermediária convencional no cuidado neonatal: Revisão de literatura. Universidade de Brasília – UNB; Faculdade de Cielândia – FCE. Brasília, 2015.
- [2] Spehar MC, Seidl EMF. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Maringá: Psicologia em Estudo. 2013; 18(4): 647-656.
- [3] Chagas DO, Pereira MAS, Nicomedes TM, Lima RABC, Azevedo VMGO, Gontijo FO. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. Rev Med Minas Gerais. 2011; 21(1): 5-8.
- [4] Costa R, Monticelli M. Método Mãe-Canguru. Florianópolis: Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(4): 427-433.
- [5] Maia JA, Oliveira MP, Furtado SS, Silva LM, Pereira MLB. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. Enfermagem em Foco. 2011; 2(4): 231-234.
- [6] Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2012; 28(5): 935-944.

- [7] Brasil. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- [9] Santos PF, Silva JB, Oliveira AS. Percepção da enfermagem sobre o método mãe-canguru: revisão integrativa. Salvador: Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. 2017; 6(6): 69-79.
- [10] Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência &Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro. 2012; 17(3): 621-626.
- [11] Bezerra YCP et al. Método Mãe Canguru: Uma revisão integrativa da literatura. Paraiba: FIEP BULLETIN – Special Edition, 2014, vol. 84, n. 2.
- [12] Seidman G. et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PLoS ONE*: 2015.
- [13] Araujo CL, *et al.* Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. São Luiz, MA: *Ciência saúde coletiva*. 2010;15(1): 301-307.
- [14] Toma TS, Venâncio SI, Andretto DA. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern.Infant.* 2007; 7(3): 297-307.
- [15] Cabral IE, Groleau D. Breastfeeding practices after Kangaroo Mother Method in Rio de Janeiro: the necessity for health education and nursing intervention at home. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009;13(4): 763-771.
- [16] Moreira JO, Romagnilo CR, Dias DAS, Moreira CB. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Maringá: Psicologia em Estudo*. 2009; 14(3): 475-483.
- [17] Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(2): 262-268.