



**UNIPTAN**

CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

Maria Eduarda Ferreira de Paula Sousa

**A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE-CANGURU EM  
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

São João del Rei

2017

Maria Eduarda Ferreira de Paula Sousa

**A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE-CANGURU EM  
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Esp. Marcio Antonio Resende.

São João del Rei

2017

# A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE-CANGURU EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Sousa, Maria Eduarda Ferreira de Paula <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Maria Eduarda Ferreira de Paula Sousa, graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

## RESUMO

O Método Mãe-Canguru é uma técnica humanizada e de baixo custo que visa complementar os cuidados ao recém-nascido prematuro tornando seu desenvolvimento extrauterino mais rápido e satisfatório, visto que o parto prematuro é caracterizado pelo nascimento antes do tempo previsto, apresentando, desta forma, uma formação fisiológica incompleta e que necessita de cuidados específicos para que seus órgãos e sistemas completem sua formação de maneira saudável e eficiente. Este estudo teve como objetivo descrever o Método Mãe-Canguru e sua aplicação em recém-nascidos prematuros como um cuidado de enfermagem humanizado em Unidades Hospitalares brasileiras. Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica integrativa sobre o tema. Tem sido considerada uma técnica plausível ao aumentar o vínculo mãe-bebê e a sobrevivência, além de diminuir a morbidade nestes nascimentos. Trata-se de uma técnica que necessita um olhar afetivo, carinhoso e cauteloso. Desta forma, o profissional de enfermagem é o que mais obtém destaque em uma assistência neonatal humanizada, atuando de maneira direta e indireta nos cuidados com o bebê. O método apresenta-se ideal para o estabelecimento do vínculo familiar, podendo diminuir o sofrimento diante um parto prematuro. Destaca-se também a necessidade de um planejamento e gerenciamento da equipe de saúde para que os problemas elucidados durante a aplicação da técnica sejam contornados e a assistência aos pacientes seja ofertada de maneira adequada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Método Mãe-Canguru; Recém-Nascido Prematuro; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência.

## 1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é marcado por fases nas quais ocorre a formação fisiológica do bebê, sendo que durante o terceiro trimestre acontece o seu desenvolvimento final, preparando-o para o nascimento e sua vida extrauterina<sup>1</sup>.

Devido a fatores como gravidez na adolescência, baixa-renda, hipertensão e baixo número de consultas de acompanhamento pré-natal, o nascimento do bebê pode acontecer antes do tempo previsto, caracterizando um parto prematuro<sup>2,3</sup>.

Ao nascer o recém-nascido (RN) pode ser classificado em relação às semanas gestacionais em três categorias: recém-nascido a termo, aquele cuja idade

gestacional esteja entre trinta e sete e quarenta e duas semanas completas; recém-nascido pré-termo ou recém-nascido prematuro (RNP), aquele que tenha nascido abaixo que trinta e sete semanas completas; e recém-nascido pós-termo, o que tenha idade gestacional acima de quarenta e duas semanas<sup>4</sup>.

Historicamente, os cuidados às crianças foram iniciados no final do século XIX e início do século XX, sendo que antes deste período estes cuidados eram desprezados pela equipe médica, não existindo instituições exclusivas para os cuidados infantis. A partir de então ocorreu o início da fabricação de incubadoras e de maternidades que ofereciam atendimento diversificado, desde pré-natal a cuidados pós-parto<sup>5</sup>.

Após o nascimento, são necessários cuidados a garantir a segurança do RN. Um dos primeiros cuidados a serem prestados é o contato pele a pele com a mãe, já que no período inicial de 45 a 60 minutos ele está mais sensível aos estímulos ambientais extrauterinos<sup>6,7</sup>.

Os RNPs necessitam passar por vários tipos de tratamentos, adaptações e cuidados, dificultando o vínculo entre mãe e filho, uma vez que a sobrevivência do bebê é o objetivo principal<sup>8</sup>.

Metodologias alternativas que visam aumentar este vínculo familiar estão surgindo e esta revisão ressalta o Método Mãe-Canguru (MMC), que tem se mostrado uma estratégia simples, de baixo custo e bastante eficiente para o aleitamento materno natural e aumento das interações entre o RN e a família. Também promove o aumento da sobrevivência e a diminuição de morbidade nestes nascimentos<sup>9,10,11,12</sup>.

O objetivo deste estudo foi descrever o MMC e sua aplicação em RNP como um cuidado de enfermagem humanizado em Unidades Hospitalares (UHs) brasileiras.

Consiste em uma revisão bibliográfica integrativa sobre MMC em RNP, utilizando a abordagem qualitativa descritiva. O levantamento da literatura foi realizado pela busca de trabalhos científicos relacionados ao MMC, sua aplicação em RNP e contribuições do enfermeiro neste processo.

Para isso, utilizando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos da Capes, foram selecionados trabalhos publicados no período de 2000 até 2017, priorizando artigos nacionais e experimentais. Alguns artigos internacionais e de revisão também foram selecionados. Devido ao tema estar

relacionado com o legislativo brasileiro, utilizou-se também Leis e Normatizações do Brasil relacionadas à técnica.

Optou-se pela busca de termos livres, sem controle de vocabulário, a fim de garantir a detecção do maior número de trabalhos publicados pertinentes aos temas de interesse. Em suma, os termos “método mãe-canguru”, “recém-nascido”, “premature”, “pré-termo”, “enfermeiro” e “enfermagem” foram combinados entre si e com desfechos relevantes à pesquisa.

## **2 O recém-nascido prematuro e os cuidados para com ele**

Devido à sensibilidade apresentada pelos RNs nos minutos iniciais de vida fora do útero deve atentar-se a alguns requisitos como: o emprego de uma luz suave, temperatura estável, barulho reduzido e tranquilo. O corte do cordão umbilical deve ser realizado apenas após o contato físico entre o bebê e a mãe. Este contato precoce pode contribuir para a continuidade do vínculo mãe-bebê além de diminuir a morbimortalidade neonatal<sup>7</sup>.

No parto de RNPs os cuidados devem ser estritamente mais específicos. Isso se deve a sua formação fisiológica ainda incompleta, acarretando em um período delicado por apresentar imaturidade em seu desenvolvimento motor, neurológico e estrutural, estando propício a maiores riscos vitais<sup>13,14</sup>.

Um destes cuidados refere-se a pele dos RNPs, motivo de preocupação e atenção nas Unidades Hospitalares (UHs). Devido a este órgão estar imaturo e incapaz de protegê-lo totalmente dos agentes externos e da perda de água e calor, são realizados banhos, lubrificação, antisepsia e procedimentos adicionais para evitar a diminuição da umidade e temperatura<sup>15</sup>.

Devido ao grande número de manipulações diárias nos RNPs a avaliação da dor por meio de expressões faciais e choro, e tratamentos para alívio dos desconfortos com medidas farmacológicas e não farmacológicas, são imprescindíveis nestes bebês<sup>16,17,18</sup>.

A alimentação por via oral também fica comprometida e por isso são submetidos rotineiramente à sondagem gástrica, procedimento que compromete seus estímulos neurosensoriais, linguais e mandibulares que precisam ser exercidos por meio de técnicas de sucção não-nutritivas, como chupeta ortodôntica e/ou dedo enluvado que se mostraram efetivas para este fim<sup>19,20</sup>.

O desenvolvimento do sistema nervoso central em RNP apresenta diferenças em relação aos RNs a termo, sendo que uma das causas de alterações no desenvolvimento neurológico pode estar relacionada à respiração pulmonar, evidenciando a necessidade do uso de ventilação assistida em nascimentos prematuros (NPs)<sup>21,22</sup>.

As UHs necessitam de estruturas físicas e profissionais especializadas, a fim de promover cuidados indispensáveis ao RN. Para isso, podem utilizar como referência normativas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde a respeito de instalações, equipamentos, equipe gestora e formação profissional, número de partos e quantidade de leitos, por exemplo<sup>23</sup>.

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) surgiram com o propósito de promover uma melhor qualidade de vida para os nascimentos de alto risco, como para os RNPs, uma vez que estes necessitam de maiores cuidados e isolamento devido a sua sensibilidade ao ambiente extrauterino. Nesta estrutura o bebê pode receber maiores cuidados até complementar sua formação, resultando em uma melhor qualidade de vida e menores taxas de mortalidade neonatal. Após o recebimento da alta na UTIN o bebê tem sua formação complementada no Alojamento Conjunto (AC)<sup>24</sup>.

O AC tem como proposta manter o binômio mãe-bebê no mesmo local, pelo período de 24 horas, a fim de favorecer a interação entre eles. Este contato íntimo inicial é importante para ambos podendo ser justificado por aumentar a segurança e conhecimento, diminuir o choro do bebê e conseqüentemente aumentar seu tempo de descanso, diminuir os índices de depressão pós-parto, melhorar a amamentação, aumentar a interação entre mães que compartilham o mesmo ambiente e diminuir os riscos de infecções hospitalares<sup>25</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente determina que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter o AC, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”, sendo este direito garantido por lei<sup>9</sup>.

O Ministério da Saúde estabelece que estão aptos a permanecer no AC mães que apresentem condições que possibilitam o contato com os bebês e RNs que estão com condições de saúde estáveis sendo, no geral, os que apresentam peso maior que

2.000g, nascimento acima de 35 semanas e índice de Apgar maior que seis no quinto minuto de vida<sup>10,25</sup>.

Os profissionais que atuam no AC têm como objetivo orientar a mãe quanto aos melhores cuidados ao RN, explicando sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; às desvantagens da inclusão de alimentos e/ou bebidas na alimentação do bebê; aos efeitos adversos dos bicos artificiais no período de lactação, como atrapalhar na sucção do peito materno; e aos riscos de alimentar outros bebês e de seu filho ser alimentado por outras mães<sup>25</sup>.

Além da orientação sobre os cuidados, a equipe de saúde também busca conhecer sobre a história familiar, procurando oferecer o maior apoio físico e emocional a todos familiares envolvidos<sup>10,25</sup>.

### **3 O Método Mãe-Canguru**

Tradicionalmente, o método utilizado quando há o NP é colocar o RNP na incubadora. Este apresenta desvantagens como barulhos e/ou ruídos que podem gerar prejuízos em seu desenvolvimento e a prorrogação do tempo de hospitalização, podendo levar ao sofrimento das demais pessoas envolvidas, uma vez que o contato direto com o bebê é limitado e a rotina familiar inicia-se no ambiente hospitalar<sup>26,27</sup>.

Desta maneira, surgiram métodos alternativos quando ocorre o NP que visam um acolhimento mais humano e familiar para os envolvidos, além de diminuir a superlotação das UTINs<sup>10,11,25</sup>.

Entre os métodos alternativos mais recomendados encontra-se o MMC, iniciado na Colômbia e implantado no Brasil no final do século XX, mas normatizado como Política Nacional da Saúde apenas em 2007. Surgiu devido às necessidades de cuidados aos RNs que promovessem a aproximação dos vínculos afetivos; a estimulação extrauterina, como o reflexo de sucção ao peito materno; e a atenção especial aos RN do grupo de risco, incluindo os RNPs<sup>10,11,12,25</sup>.

Essa tática pode ser aplicada tanto em países pobres, onde a organização neonatal é instável, quanto em países desenvolvidos, que apresentam uma organização neonatal satisfatória com tecnologias avançadas<sup>10,11,12,25</sup>.

Caracteriza-se pelo contato precoce pele a pele entre mãe-bebê, pelo tempo em que ambos se sentem confortáveis e confiantes. A fim de promover um processo

afetivo entre o bebê e sua família visa-se a atenção e o cuidado humanizado, no qual se tem uma maior participação dos pais nos cuidados ao RN<sup>10,11,25,28</sup>.

Diferencia-se da técnica Posição Canguru (PC) que é caracterizada em deixar o RNP na posição vertical ou supina, semidespido, em contato com o tórax materno ou familiar. O MMC é mais abrangente do que isso, sendo que é possível iniciá-lo antes mesmo de o bebê apresentar estabilidade clínica para estar nesta posição<sup>10,11,25,28</sup>.

No Brasil, a aplicação do método não tem como objetivo a substituição dos cuidados tradicionais prestados aos RNPs, como o uso de incubadoras ou outras tecnologias similares. Vem como uma proposta humanizada de encontro com as tecnologias clássicas, objetivando o aumento do vínculo mãe-bebê e respeitando as condições físicas e psicológicas de ambos<sup>10,11,25</sup>.

Para que o MMC seja aplicado, o RNP é hospitalizado na UTIN para receber uma assistência especializada voltada às suas necessidades. As informações sobre esta assistência e sobre o método são passadas aos familiares que são, então, estimulados à frequentarem o ambiente hospitalar até que haja uma relação segura para que os cuidados parentais e estímulos à lactação possam ser iniciados. A realização da PC é estabelecida assim que se tenham condições físicas adequadas<sup>10,25</sup>.

A segunda etapa inicia-se quando o bebê atinge o mínimo de 1.250g e visa a estabilidade de sua saúde. Neste segundo momento, os objetivos são o aumento de seu peso, do vínculo familiar, do tempo de permanência da mãe com seu filho, do período de realização da PC e de seu bem-estar. Todas as evoluções clínicas são monitoradas diariamente e não se descarta a utilização de medicamentos<sup>10,25</sup>.

Para que ocorra a alta hospitalar dando início a terceira etapa, o RN precisa ter alcançado o mínimo de 1.600g, a mãe apresentar-se psicologicamente segura e preparada, e a família comprometer-se em realizar a PC. O RN e sua família recebem acompanhamento ambulatorial de uma equipe multidisciplinar especializada nas técnicas do MMC até o bebê atingir 2.500g. Após este período, o acompanhamento ambulatorial é suspenso, sendo que a primeira consulta médica deve ser realizada em até 48 horas e as demais semanalmente ou de acordo com a necessidade<sup>10,25</sup>.

O método é indicado para bebês que nascem com o peso inferior a 2.500g oferecendo vários benefícios ao RN e sua mãe, como o aumento do vínculo mãe-

bebê; diminuição do estresse de ambos; diminuição de hipotermia e aumento da segurança do RN, uma vez que na incubadora ele está sozinho. Também diminui os riscos de infecção hospitalar e o tempo de internação<sup>10,25,27,29</sup>.

Diversos estudos evidenciam a importância da aplicação do MMC e sua relação ao tratamento convencional (sondagem gástrica) promovendo o aleitamento materno em um tempo consideravelmente rápido. Observou-se também que mães que realizaram este procedimento estabeleceram laços maternos maiores com seus filhos além de um maior envolvimento dos demais membros da família nos cuidados com o bebê. Destaca-se também a diminuição do tempo de internação e abandono dos RNPs quando há a utilização do método<sup>10,25,29,30</sup>.

O sofrimento mediante a um NP não é sentido apenas pela mãe ou pelo pai, mas por todos familiares que se mobilizam diante do ocorrido. Desta maneira, o MMC tem também o intuito de minimizar o sofrimento de todos os envolvidos, uma vez que com a melhora mais rápida do bebê sua saída do hospital pode ser obtida bem antes do tempo quando comparado se estivesse apenas em uma incubadora<sup>27,29</sup>.

O enfermeiro está ativamente envolvido em todos os cuidados que precisam ser prestados ao RN, seja ele prematuro ou não, executando as primeiras atividades e auxiliando a sanar as dúvidas dos pais. Em relação ao MMC é ele quem medeia a aproximação entre mãe-bebê<sup>5,31,32,33</sup>.

#### **4 Ações da enfermagem**

A enfermagem apresenta funções fundamentais desde o início da neonatologia. Entre os anos 1937 a 1979 algumas técnicas exercidas são semelhantes às atuais, como os cuidados com o banho e observação das eliminações; já outras mais específicas se diferenciam, como a introdução da água nas primeiras seis horas de vida e a higienização do coto umbilical. Cuidados indiretos, como limpeza do ambiente e assepsia, já eram preocupações desde meados de 1960<sup>5,10,25</sup>.

A revisão realizada por Oliveira e Rodrigues mostra que a maioria dos autores explicita a necessidade do acompanhamento do enfermeiro ao RN, estando atento a todos os sinais, sintomas e possíveis complicações<sup>5</sup>.

O MMC contribui no aumento da confiança dos pais nos cuidados com o bebê e estas habilidades são adquiridas, em sua maior parte, através de ações dos

enfermeiros. Estas ações abrangem desde a observação do bebê a procedimentos invasivos, como o cateterismo. São eles quem também estabelecem os cuidados humanizados, por vez que algumas tecnologias utilizadas podem interferir nas relações interpessoais<sup>5,10,25,27,34</sup>.

O aleitamento materno é altamente incentivado pelos enfermeiros, já que o mesmo é primordial para o bebê, oferecendo todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. Devido a isso, estes profissionais incentivam e apoiam as mães a oferecerem apenas o leite materno até os seis meses, sem que haja introdução de qualquer outro alimento ou bebida. Os bancos de leite são uma opção para que todos os RNs obtenham o acesso a este alimento, caso a condição da mãe de amamentar seja impossibilitada<sup>10,25</sup>.

É a equipe de enfermagem quem medeia a comunicação entre médicos e familiares, sendo esta considerada como “cuidadores e educadores permanentes” devido a promoção dos ensinamentos às mães sobre educação em saúde, aproximando-se dos pais e demais familiares ao orientar e esclarecer sobre o MMC<sup>31,32,33</sup>.

Dentro da equipe de enfermagem existem graus de formação diferenciados exercendo funções específicas: o enfermeiro é aquele quem realiza atividades de ensino, supervisão e administração; o técnico e o auxiliar de enfermagem realizam funções semelhantes, sendo a assistência direta ao paciente; e as parteiras auxiliam na realização do parto<sup>33,35</sup>.

Estas são as funções almejadas para cada profissional, entretanto funções que deveriam ser assumidas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem são, em seu maior tempo, realizadas pelo enfermeiro<sup>33</sup>.

Devido a esta incoerência nas tarefas e uma alta necessidade de uma equipe estruturada, busca-se uma maior interação dos profissionais de saúde a fim de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem<sup>32,33</sup>.

O MMC apresenta alguns desafios em sua aplicação e adesão, sendo destacado: o tempo como fator limitante, devido ao número restrito de profissionais e conseqüentemente a disponibilidade destes em acompanhar o binômio mãe-bebê na UTIN; dificuldades estruturais no ambiente da UTIN, como ambiente movimentado e com ruídos; dificuldade do trabalho em equipe, como desinteresse e resistência por

alguns profissionais; imparcialidade da equipe profissional e descontinuidade das práticas para execução do método<sup>36</sup>.

Estas dificuldades apresentadas precisam ser contornadas para que a aplicação da técnica seja realizada e de forma satisfatória. Um maior gerenciamento dos enfermeiros e planejamento sobre a execução de ações precisam ser realizadas visando atender a demanda da UH.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O MMC complementa o desenvolvimento de RNPs, aumentando o vínculo entre o binômio mãe-bebê, a sobrevivência e a segurança e proteção de ambos; além de diminuir a morbidade nestes nascimentos. O início da técnica pode ser dado antes do bebê apresentar estabilidade para execução da PC, havendo um acompanhamento diário das condições físicas e patológicas do RN e suas evoluções. Devido seu caráter humanizado, a implementação do MMC nas UHs pelos profissionais de saúde precisa ser reconhecida de forma afetiva, carinhosa e cautelosa. A assistência do enfermeiro ao RN é de total importância para um desenvolvimento satisfatório das etapas deste método, pois é este profissional quem acompanha todos os sinais clínicos do bebê, realiza intervenções invasivas e não invasivas, orienta os pais quanto aos cuidados para com ele e medeia a comunicação entre os médicos e os familiares. A formação de uma equipe multidisciplinar altamente capacitada em assistir os pacientes é fundamental, e para isso, necessita-se um bom planejamento e gerenciamento a fim de se obter o melhor desempenho dos profissionais.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Carlson BM. Embriologia humana e biologia do desenvolvimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Medicina Brasil; 2014.
2. Kiy AM, Rugolo LMSS, Luca AKC, Corrente JE. Growth of preterm low birth weight infants until 24 months corrected age: effect of maternal hypertension. *Jornal de Pediatria* 2015;91(3):256-62.
3. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas

Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2017;26(1):91-8.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *In: Definições*. [publicação online]; 2017 [acesso em 25 mai. 2017] Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>
5. Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto & Contexto Enfermagem* 2005;14(4):498-505.
6. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Avances en Enfermería* 2015;33(1):29-37.
7. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007;41(4):690-7.
8. Santos LM, Moraes RA, Miranda JOF, Santana RCB, Oliveira VM, Nery FS. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. *Journal of Research: Fundamental Care Online* 2013;5(1):3504-14.
9. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 de jul de 1990.
10. Ministério da Saúde. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru Brasília. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*. 12 de jul de 2007.
11. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Henning MAS. Humanization in low weight newborn intensive care – Kangaroo Mother Care: the Brazilian propose. *Ciência e Saúde coletiva* 2005;10(3):659-68.
12. Pessoa-Santana MCC, Silveira BL, Santos ICS, Mascarenhas MLVC, Dias EGC. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2016;20(2):157-62.

13. Silveira RC, Procianoy RS. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria* 2005;81(1):23-31.
14. Barbosa VC, Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2007;11(4):275-81.
15. Rolim KMC, Linhares DC, Rabelo LS, Gurgel EPP, Magalhães FJ, Caetano JA. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista Rene* 2008;9(4):107-15.
16. Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *Jornal de Pediatria* 2003;79(3):265-72.
17. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012;65(2):269-75.
18. Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* 2014;23(1):185-92.
19. Neiva FCB, Leone CR. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 2006;18(2):141-50.
20. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Revista CEFAC* 2009;11(3):448-56.
21. Selestrin CC, Oliveira AG, Ferreira C, Siqueira AAF, Abreu LC, Murad N. Avaliação dos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos pré-termo em ventilação mecânica após procedimentos de fisioterapia neonatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2007;17(1):146-55.
22. Zomignani AP, Zambelli HJL, Antonio MARGM. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria* 2009;27(2):198-203.

23. Ministério da Saúde. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Diário Oficial da União. 7 de jan 2015.
24. Rosa MKO, Gaíva MAM. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. *Revista Rene* 2009;10(1):159-65.
25. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Revoga a Portaria MS/GM nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Portaria MS/GM nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Diário Oficial da União. 21 de out de 2016.
26. Rodarte MDO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zanberlan NE, Castral TC. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13(1):79–85.
27. Nunes NP, Pessoa UML, Bucharles DG, Alverne M, Sá FE de, Carvalho EM. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2015;28(3):387-93.
28. Souza LPS, Souza EV, Gomes GCS, Souto DF, Pereira LB, Pinheiro MAM, Silva CSO, Versiani CC. Método Mãe-Canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2014;27(3):374-80.
29. 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):231-4.
30. Campos ACS, Carvalho MPL, Rolim KMC, Alencar AJC. Experience with the mother kangaroo method: mother's perception. *Revista Rene* 2008;9(3):28-36.

31. Guimarães GP, Monticelli M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007;16(4):626-35.
32. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2010;31(1):48-54.
33. Dias MS, Ribeiro SNS, Walt CMRF, Cabral LA. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo processo de trabalho. *Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2016;1(6):1930-44.
34. Belo MPM, Silva RAMC, Nogueira ILM, Mizoguti DP, Ventura CMU. Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012;65(1):42-8.
35. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [periódicos na Internet]. 2011; 19(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421956025/>
36. Silva LJ, Leite JL, Scochi CGS, Silva LR, Silva TP da. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2015;23(3):483-90.