

## Método Canguru: a visão do enfermeiro

### *Kangaroo Method: the nurse's vision*

Elizabeth Aparecida Meira\*  
Luana Michele Ramos Leite\*  
Maísa Rejane da Silva\*  
Marielle Lugli Olivo\*  
Talita Aparecida Meira\*  
Lidiana Flora Vidóto da Costa\*\*

#### Resumo

**Introdução** – O Método Canguru (MC) é uma proposta alternativa ao cuidado convencional à Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP) que quando adotado pode superar deficiências de recursos humanos e tecnológicos. O objetivo deste estudo é identificar o conhecimento dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sobre o MC. **Material e Métodos** – Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo realizado no ano de 2007. Foram entrevistados 19 enfermeiros, através de questionário semi-estruturado, nas UTIN da região metropolitana de Campinas, SP. **Resultados** – Os resultados demonstraram que todos os enfermeiros conhecem o MC. Sobre o MC poder substituir a incubadora: 26% dos enfermeiros não se posicionaram, 26% acreditam que não substitui e 48% que substitui. Todos concordaram que o MC estimula o aleitamento materno. Sobre o espaço físico limitado ser um fator dificultador para implementar o MC: 79% concordaram, 5% não souberam opinar enquanto 5% discordaram; 68% dos enfermeiros afirmaram que o baixo custo para implantação do método é um fator facilitador, 11% discordaram enquanto 21% não souberam opinar; 47% relataram que o número de enfermeiros para desenvolver o MC na unidade em que trabalham não é suficiente, 3% concordam que é suficiente e 16% não souberam opinar. **Conclusões** – O enfermeiro pode conhecer o método, embora fatores como a não vivência do MC e a limitação do espaço físico poderão dificultar a escolha e adoção do método de assistência ao RN.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Relações mãe-filho; Recém-nascido de baixo peso

#### Abstract

**Introduction** – The Kangaroo Method (KM) is a proposed alternative to conventional care to infants born of low weight that can overcome deficiencies of human resources and technology. The objective of this study is to identify the knowledge of nurses in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) on the KM. **Material and Methods** – This is a descriptive study, exploratory and quantitative held in the year of 2007. They were interviewed 19 nurses, through semi-structured questionnaire, in NICU at the metropolitan region of Campinas, Brazil. **Results** – We all know the KM. About KM can replace the incubator: 26% of the nurses not answer, 26% believe does not replace and 48% to replace. All agreed that the KM encourages breastfeeding. About limited physical space to implement the KM: 79% agreed, 5% not learned opine as 5% disagreed; 68% of the nurses said that the low cost to implant the method is a factor facilitator, 11% disagreed while 21% not learned opine; 47% reported that the number of nurses to develop the MC in the unit is not sufficient, 3% agreed and 16% not learned opine. **Conclusions** – Knowing the method and not have the clarity of concepts and benefits and not living in KM may complicate the search for the choice of method.

Key words: Neonatal nursing; Intensive Care Units, Neonatal; Mother-child relations; Infant, low birth weight

## Introdução

No momento seguinte ao nascimento, é fundamental o contato mãe-filho para o desenvolvimento do vínculo<sup>2</sup>. O apego ao novo bebê ocorre de forma instantânea ou instintiva onde nem todos estão preparados para isso. Quando esta situação ocorre de maneira adversa, e o bebê necessita permanecer em tratamento intensivo, o ambiente

altamente estressante da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e os riscos aos quais o recém-nascido está exposto não favorecem o contato entre mãe e filho.

A importância e os benefícios advindos da presença e participação dos pais desde a internação do bebê são inquestionáveis, pois, o recém-nascido responde muito bem ao estímulo dado pela mãe com os cuidados e nos procedimentos em que é permitida a participação da mesma<sup>3</sup>.

\* Graduandas 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) – Campinas

\*\* Professora de Graduação do Curso de Enfermagem da UNIP – Campinas. Especialista em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. E-mail: lidianavcosta@uol.com.br

A formação de um vínculo adequado nos dias em que se seguem ao nascimento é a primeira garantia, para o recém-nascido normal, da resolução favorável de crises futuras de seu desenvolvimento<sup>6</sup>.

A UTIN é, para o recém-nascido (RN), um local de conservação e recuperação do seu bem-estar e de garantia de sobrevivência, assim como um sítio gerado de desconforto, desgaste físico e emocional intensos. O RN quando extremamente doente ou prematuro é submetido, para a preservação da qualidade de vida, às determinações da equipe de saúde e a equipamentos de suporte, que nem sempre são coerentes com aquilo que chamaríamos de “estar bem”<sup>17</sup>.

As crianças de baixo peso ao nascer, podem ter maiores riscos de seqüelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, como: distúrbios orgânicos, cognitivos e psicossociais, evidenciando que a alta hospitalar após o nascimento não significa a resolução de todos os problemas de saúde, sendo necessário o seguimento ao longo prazo. Podendo ser potencializados se o vínculo família-criança não for favorecido<sup>16</sup>.

O distanciamento entre os pais e filhos causado pela internação neonatal pode trazer conseqüências para o bebê, como: risco de infecção hospitalar e do trato respiratório por conta do tempo de permanência prolongado na UTIN, índice de abandono, dificuldade da interação com a equipe de saúde associada à perda da confiança mútua, prejuízo ao desenvolvimento infantil, podendo levar a déficit físico, psíquico e social<sup>10</sup>. Quando ocorre o afastamento repentino provocado pela internação do bebê, também provoca nos pais uma sensação de perda, na qual, eles vivem um momento de luto antecipado<sup>9</sup>.

Outro aspecto a considerar é que, no contexto de uma internação prolongada, a separação precoce entre mãe-filho, o estresse psicológico e o descrédito dessa mãe com relação a sua capacidade de cuidar do filho, criam barreiras para a amamentação ocasionando um desmame precoce ou a falência do aleitamento materno. Devido a isso, a falta do contato pele a pele da mãe-filho deixa de termorregular a temperatura corporal do bebê<sup>8</sup>.

O Método Canguru (MC), também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou “Contato Pele a Pele”, tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer<sup>18</sup>.

Para superar uma situação de deficiência de recursos humanos, tecnológicos e financeiros na assistência ao recém-nascido de baixo peso, em 1978, em Bogotá (Colômbia), os médicos Hector Martinez e Edgar Rey idealizaram e desenvolveram o que se denominou Cuidado Mãe Canguru (CMC) para atenção aos recém-nascidos de baixo peso<sup>13</sup>. O MC consiste, basicamente, em manter o bebê sobre o peito da mãe, em contato pele a pele, sustentado por uma faixa ou manta amarrada ao redor do tórax da mãe em posição vertical<sup>3</sup>.

A posição canguru, conforme a norma do Ministério da Saúde (MS) traz muitas vantagens para as crianças, como por exemplo, o aumento do vínculo mãe-filho a partir do menor tempo de separação do binômio, estímulo ao aleitamento materno, maior confiança e competência dos pais no cuidado do seu filho após a alta, melhor controle da termorregulação, menor número de RN em unidades de cuidados intermediários devido a menor permanência hospitalar<sup>7</sup>.

A proposta do MC é que, da mesma forma que os cangurus, as mães de bebês prematuros irão carregar os seus filhos, quando esses se encontrarem em condições clínicas, gástricas e respiratórias que viabilizem uma situação estável, usando-se como alternativa a substituição de incubadoras e evitando a separação prolongada entre a mãe e seu bebê<sup>1</sup>.

O cuidar da criança visa promoção, manutenção e recuperação de seu processo de desenvolvimento, de modo a propiciar seu melhor funcionamento pessoal e social. A satisfação da criança em qualquer faixa etária implica o envolvimento da família no cuidado, pois em nossa sociedade, esta é responsável pelo bem estar e segurança dos seus membros<sup>7</sup>.

Com o MC a enfermagem ganha mais um espaço de atuação na assistência ao recém-nascido que tem como função cuidar da criança e de sua família sob os aspectos biológicos, proporcionando melhor adaptação à vida extra-uterina, e psicossociais a partir de uma assistência pautada no envolvimento, na dedicação e na humanização do cuidado, promovendo uma aproximação maior entre a família, o bebê prematuro e a equipe de saúde<sup>2</sup>. O papel dos profissionais de enfermagem na estimulação do recém-nascido e no fortalecimento do vínculo com a família implica em promover um cuidado individualizado, minimizando estressores ambientais<sup>8</sup>.

Entendendo que as propostas trazidas através do Método Canguru buscam a revisão das práticas e rotinas assistenciais, esse trabalho visa identificar os conhecimentos sobre o MC de enfermeiros que atuam em UTIN.

O objetivo deste trabalho foi o de identificar o conhecimento dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva neonatal sobre o Método Canguru e sobre o contato precoce entre mãe e filho; investigar as informações básicas do enfermeiro sobre conceitos do Método Canguru; identificar na visão do enfermeiro os fatores facilitadores e dificultadores para implementação do método.

## Material e Métodos

Estudo do tipo descritivo e exploratório de natureza quantitativa. Foi realizado em UTIN de três municípios da região metropolitana de Campinas-SP.

A população foi constituída por enfermeiros que atuam em UTIN que não adotam o MC. Foram incluídos aqueles que atuam em UTIN dos referidos locais de estudo e excluídos os que estavam de férias no dia do agendamento da entrevista, ou se recusaram a participar, totalizando 19 enfermeiros. Considerando que o número de enfermeiros que compõe a equipe de trabalho das UTIN é composto geralmente por um enfermeiro por turno para cada cinco leitos, e considerando, que os municípios possuem UTIN que não utilizam o MC, esta amostra pode ser considerada expressiva.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2007, através de informações obtidas por um questionário. Houve a avaliação do instrumento antes de se iniciar a coleta de dados propriamente dita, com intuito de aprimorar e corrigir possíveis falhas.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com o protocolo nº 55/07 CEP/ICS/UNIP.

O início da coleta de dados se deu, através do agen-

damento das entrevistas por contato telefônico e com a autorização dos responsáveis técnicos da enfermagem das UTIN mediante a apresentação do projeto do estudo. O agendamento com cada enfermeiro ocorreu de acordo com as possibilidades de atendimento de cada um.

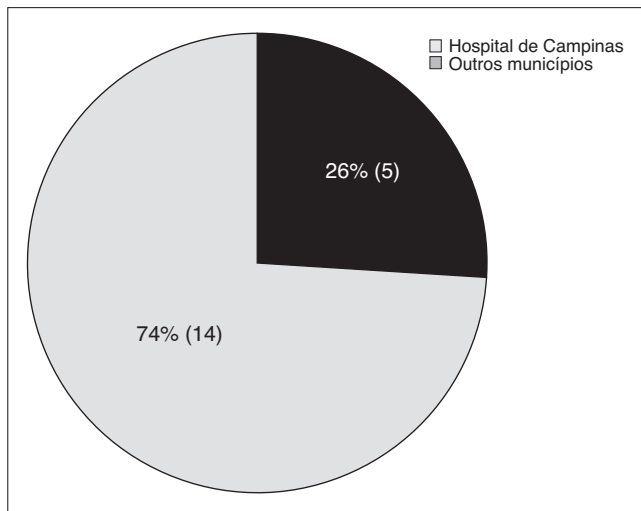
Foi aplicado um questionário para coleta de dados contendo questões de múltipla escolha, divididas em duas partes. A primeira constituída pela identificação e variáveis sócio-demográficas. A segunda constituída pelas variáveis sobre conceitos do MC com o intuito de investigar os conhecimentos e a visão dos enfermeiros sobre o mesmo. A primeira, a segunda e a décima segundas questões são de múltipla escolha e as demais são do tipo escala Likert.

Quanto ao método estatístico foi utilizado a estatística descritiva simples com números absolutos e percentuais.

## Resultados

Não houve exclusão de nenhum enfermeiro, totalizando 19 entrevistas.

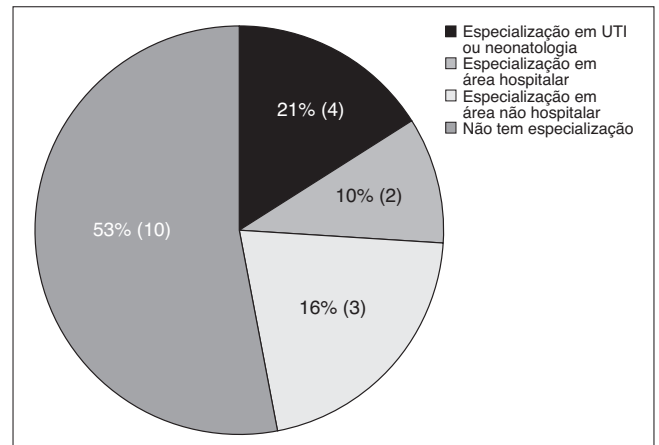
A Tabela 1 mostra a faixa etária dos entrevistados, destaca-se o fato da maioria ter entre 20 e 29 anos 58%, 37% entre 30 e 39 e 5% entre 40 e 50 anos. Os Gráficos 1 e 2 mostram as informações referentes à caracterização dos profissionais entrevistados. Destaca-se o fato da maioria trabalhar em hospitais de Campinas, 74% e 26% em outros municípios. Em relação ao interesse dos enfermeiros em se aprimorarem na área em que atuam, identificou-se que apenas 25% possuem especialização na área de UTI ou neonatologia, 10% possuem especialização em área hospitalar, 16% se especializou em área não hospitalar, como: enfermagem do trabalho, auditoria entre outras. E a grande maioria, 53% não possui especialização.



**Gráfico 1. Distribuição dos enfermeiros de acordo com a localização da instituição de saúde. Campinas, 2007**

Todos os entrevistados quando questionados se conheciam o MC, afirmaram que sim, conforme a Tabela 2.

O Gráfico 3 mostra um equilíbrio entre as opiniões dos entrevistados com relação à concordância da substituição da incubadora pelo MC.



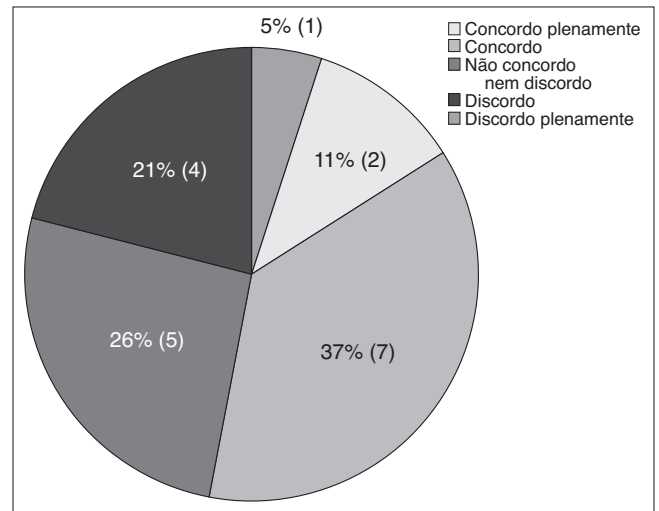
**Gráfico 2. Formação acadêmica dos enfermeiros de acordo com a especialização. Campinas, 2007**

**Tabela 1. Faixa etária dos enfermeiros entrevistados. Campinas, 2007**

Entrevistados	Nº	%
20 a 29 anos	11	58
30 a 39 anos	7	37
40 a 50 anos	1	5
Total	19	100

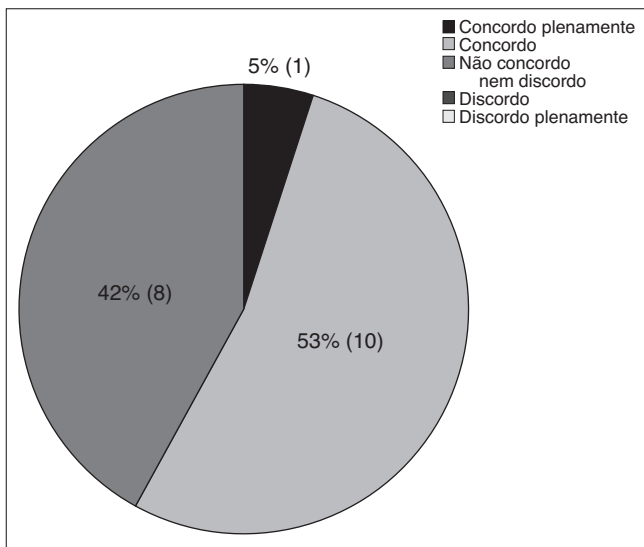
**Tabela 2. Conhecimento dos enfermeiros sobre o MC. Campinas, 2007**

Entrevistados	Nº	%
Conhecem	19	100
Desconhecem	0	0
Total	19	100



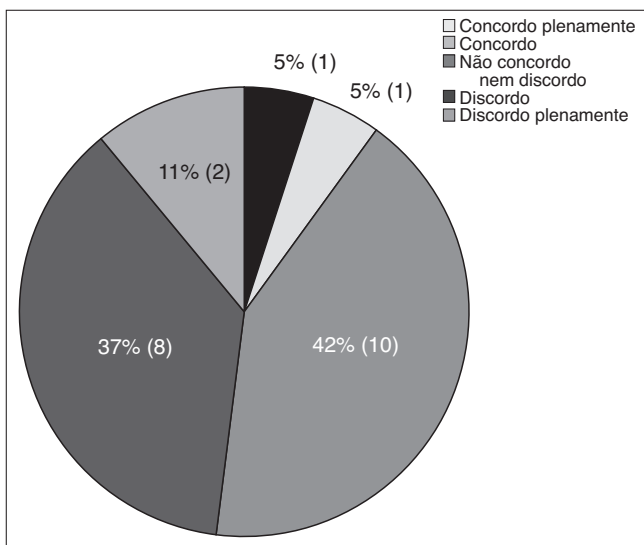
**Gráfico 3. Credibilidade do enfermeiro ao Método Canguru substituir a incubadora. Campinas, 2007**

No Gráfico 4 verifica-se que 95% dos entrevistados concordam que o MC contribui com a humanização na UTIN favorecendo o acolhimento da família e apenas 5% discorda do benefício que o método oferece.



**Gráfico 4.** MC e a contribuição com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal favorecendo o acolhimento da família, na visão do enfermeiro. Campinas, 2007

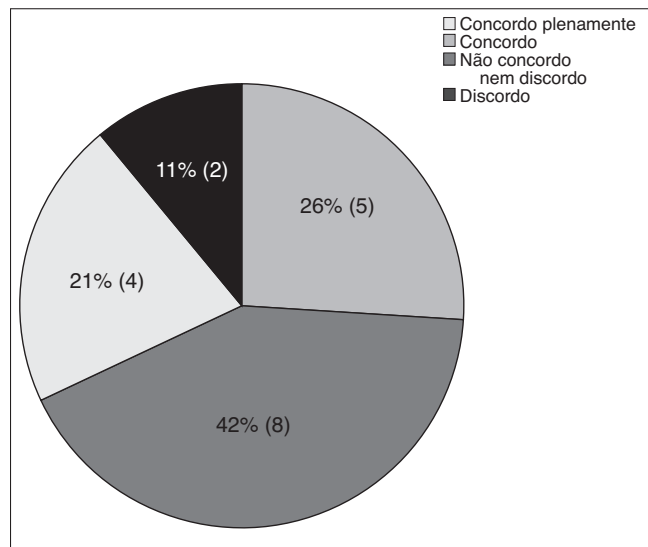
Tem-se que 79% dos entrevistados concordam que o espaço físico limitado é um fator dificultador para a implantação do MC na UTIN, 10% não identificam o espaço como um fator dificultador e 11% não souberam opinar (Gráfico 5).



**Gráfico 5.** O espaço físico limitado como fator dificultador para implantação do MC na UTIN, na visão do enfermeiro. Campinas, 2007

No Gráfico 6 percebe-se que a maioria dos entrevistados 68% concordam que um fator facilitador para a implantação do método, deve-se ao seu baixo custo para a instituição, 11% discordam e 21% não souberam opinar, sendo que ninguém discordou plenamente.

A Tabela 3 mostra que a maioria dos enfermeiros acredita que existe um interesse da equipe de enfermagem da unidade para a implantação do método.



**Gráfico 6.** Baixo custo para a implementação do método como fator facilitador, na visão do enfermeiro. Campinas, 2007

**Tabela 3.** Interesse da equipe de enfermagem da unidade para implantação do método, na visão do enfermeiro. Campinas, 2007

Entrevistados	Nº	%
Concordo plenamente	1	5
Concordo	9	48
Não concordo e nem discordo	5	26
Discordo	3	16
Discordo plenamente	1	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

A Tabela 4 mostra que a maioria dos entrevistados identifica que o número de enfermeiros é insuficiente para desenvolver e trabalhar no Método Canguru nas UTIN em que exercem suas atividades.

**Tabela 4.** Número de enfermeiros para desenvolver e trabalhar no MC é suficiente na Unidade de Terapia Intensiva em que trabalha, na visão do enfermeiro. Campinas, 2007

Entrevistados	Nº	%
Concordo plenamente	0	0
Concordo	7	37
Não concordo e nem discordo	3	16
Discordo	8	42
Discordo plenamente	1	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

## Discussão

Para que o enfermeiro possa atuar em uma UTIN, no planejamento, na atuação e na assistência aos recém-nascidos, seja de alto risco ou até mesmo de baixo risco, exige que o profissional detenha experiência, vivência, e qualificações especiais com conhecimentos expressivos que proporcione o desenvolvimento de práticas fundamentadas técnica e cientificamente, assegu-

rando a qualidade de assistência. Além disso, é fundamental que o enfermeiro também conheça as recomendações e legislações vigentes sobre esta especialidade<sup>15</sup>. Tanto que o COREN preconiza que para atuar em UTI o profissional deve possuir especialização. Para se adotar o MC em UTIN, exige-se da equipe interdisciplinar, conhecimentos básicos e critérios mínimos para que ocorra o sucesso, porém necessita-se que todos estejam envolvidos e desejem sua implementação. No Brasil, por volta dos anos 90, surgiram os primeiros serviços que aplicaram o MC e a partir desse momento, houve uma considerável expansão do método no país que contribuiu para sua definição, como uma política pública. Mas foi no ano de 2000 que o Ministério da Saúde aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (MC), recomendando-a e definindo as diretrizes para a sua implantação<sup>16</sup>. Mesmo sendo incentivado, pelas políticas públicas de saúde, verifica-se que o MC não é implementado em todas as UTIN.

O referido estudo mostra que a maior parte dos enfermeiros entrevistados possui entre 20 e 29 anos de idade, onde 53% não possuem especialização em nenhuma área específica, e 16% atuam em neonatologia, mas possuem especializações em áreas não hospitalar e apenas 21% possuem especialização em UTIN. A atuação do enfermeiro em áreas específicas de assistência, como no caso das UTIN, sem uma formação especializada, pode ser identificado, como um fator dificultador para a implantação do MC. Acredita-se que embora todos os entrevistados tenham relatado conhecer o método, pode significar um conhecimento superficial, como apenas o significado sugestivo do próprio nome. A recuperação do bebê, o estabelecimento vínculo mãe-filho, a termo-regulação, o estímulo à respiração, suprimindo as apnéias recorrentes e protegendo o bebê contra a broncoaspiração, a própria estabilização do ritmo cardíaco do bebê e o favorecimento de um maior ganho de peso pelo oferecimento de leite materno, são as características e principais benefícios do MC<sup>11</sup>. O conhecimento parcial ou o desconhecimento destes benefícios poderão não contribuir com a adoção do método. De maneira adversa, se o MC for indicado em situações em que não deveria ser escolhido, o insucesso dos resultados poderá levar ao descrédito e pela opção da exclusão do mesmo da unidade. Pode-se exemplificar este fato, quando foi perguntado ao enfermeiro se o MC substitui a incubadora, 11% concordaram plenamente. O MC pode ser uma opção para a substituição da incubadora, mas não é um substituto das UTIN, nem da utilização de incubadoras radicalmente, visto que, o uso destes recursos têm as suas indicações bem estabelecidas<sup>12</sup>. Este fato pode representar um conhecimento relativo do método sem o aprofundamento sobre o mesmo, podendo tornar um fator dificultador para a adoção do mesmo.

A maioria dos entrevistados concorda que o MC contribui com a humanização na UTIN favorecendo o acolhimento da família. A humanização é uma estratégia de qualificação do cuidado pautado na atitude dos profis-

sionais de saúde diante do bebê e de sua família, a partir de um conceito de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico. Sob essa perspectiva, ao proporcionar mais contato entre o bebê e sua mãe, seu pai, irmãos e avós, buscam construir uma rede social de apoio para a mãe e contribuir para a diminuição dos efeitos negativos da internação neonatal<sup>3</sup>.

Seu modelo com ótima relação custo benefício, também corrobora com a opinião da maioria dos enfermeiros, que concordam que sua implantação é de baixo custo para a instituição, podendo ser considerado um fator facilitador. Porém, não se deve apenas considerar que o método objetive economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas, fundamentalmente, aprimorar a atenção perinatal<sup>14</sup>.

A área física adequada é de extrema importância, uma vez que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança, como preconiza o estatuto da criança e do adolescente<sup>4</sup>. Portanto, não adianta existir uma lei que indica a permanência dos responsáveis durante a internação da criança, se o espaço e acomodações não permitam que se cumpra a lei. A recomendação é que toda UTIN possua uma área física de 7,2 a 9 m<sup>2</sup> com distância de 1,80 m entre as incubadoras. Atualmente a maior parte das UTIN trabalha com um espaço físico inferior ao recomendado. Na prática, os serviços mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada e espaço físico limitado. Pode-se exemplificar este fato, quando 79% dos enfermeiros concordam que o espaço físico limitado é um fator dificultador para implantação do MC na UTIN em que trabalham<sup>12</sup>.

Dos entrevistados, 42% informaram que não há interesse da equipe de enfermagem para a implantação do método, devido ao não conhecimento integral do funcionamento da assistência prestada e ao desinteresse da equipe médica. Estes fatores são desfavoráveis à implantação do método, pois se sabe que o interesse é o fator principal para motivar e alcançar um objetivo<sup>9</sup>.

A maior parte dos entrevistados relata que o número de enfermeiros para desenvolver e trabalhar no Método Canguru não é suficiente na unidade em que trabalham, tendo em vista que é preconizado um enfermeiro para cada dois leitos; um técnico para cada quatro leitos; e um auxiliar para cada quatro leitos no período manhã e tarde<sup>12</sup>.

## Conclusões

1. O MC proporciona o fortalecimento da atenção focada não apenas nos avanços tecnológicos alcançados ao longo dos últimos anos, mas também, na humanização da assistência, baseada principalmente na reaproximação dos pais com seus filhos nas unidades de internamento hospitalar, favorecendo o vínculo.

2. Apesar de ficar claro que muitos dos conceitos sobre o MC estão bastante difundidos entre os entrevista-

dos, eles ainda não foram plenamente incorporados pelos profissionais. É grande a lacuna entre os conhecimentos básicos demonstrados pelos enfermeiros em relação aos conhecimentos específicos esperados pela atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – MC. Identifica-se que os enfermeiros associam o método somente à amamentação e a posição em que o bebê é colocado junto à mãe, quando os seus benefícios vão muito além desses, a recuperação do bebê, o vínculo mãe-filho, a termo-regulação, o estímulo à respiração, o ganho de peso, a menor permanência do RN na UTIN, são os principais benefícios do MC. A falta de conhecimento e o desinteresse da equipe de enfermagem acabam dificultando a implantação do MC, que por sua vez tem um ótimo custo benefício.

3. A inadequação na estrutura das unidades neona-

tais encontradas nos relatos dos profissionais referente à área física restrita, certamente contribui para aumentar a dificuldade de implantação do MC, pois, se as unidades possuírem um espaço físico menor do que o recomendado, dificultará o acolhimento da família nessas condições, mesmo que seja desejada a implementação do método pela equipe interdisciplinar.

4. O enfermeiro que está em contato contínuo com o RN pode promover e efetivar a utilização do MC, mostrando as vantagens do método como a recuperação do RN e a valorização da participação dos pais no cuidado, garantindo assim o apego e o fortalecimento do vínculo família-RN. Para tal necessita aprimorar seus conhecimentos e demonstrar interesse sobre o MC, para que seja um precursor junto à equipe multidisciplinar para a implantação do método.

## Referências

1. Andrade ISNA, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro – comparação do método canguru com os cuidados tradicionais. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(1):61-9.
2. Brazelton BT. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
3. Canotilho MM. Método mãe canguru de assistência ao recém-nascido de baixo peso – mudando práticas e humanizando a assistência. *Temas Desenvolv.* 2002;11(63):30-6.
4. Corrêa Junior LCA. Direito do menor. São Paulo: Atlas; 1991.
5. Ditz E, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. *REME Rev Min Enferm.* 2004;8(4):490-4.
6. Duarte ED, Sena RR. Experiência de mulheres no desenvolvimento do Método Canguru. *REME Rev Min Enferm.* 2004; 8(4):436-41.
7. Freitas JO, Camargo CL. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe canguru. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2006;16(2):88-95.
8. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(3):469-76.
9. Henning MAS, Gomes MAFM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru”. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006;6(4):20-6.
10. Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Henning MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3):659-68.
12. Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1996.
13. Meira M, Procianny RS. Neonatologia, princípios e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
14. Miltersteiner AR, Miltersteiner DR, Rech VV, Molle LD. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3(4):447-55.
15. Oguisso T, Schamidt MJ. O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
16. Oliveira AM, Rocha JL. Assistência humanizada ao recém-nascido. *Enferm Atual.* 2005;7-13.
17. Segre CAM, Armellini PA, Marino WT. Recém-nascido. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1995.
18. Venancio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5, supl):s173-80.

Recebido em 07/12/2007

Aceito em 14/3/2008