

# Perfil das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso assistidos pelo método Mãe Canguru



Aline de Sousa Alves <sup>[1]</sup>, Jandeyse Karrollyne de Souza Feitosa <sup>[2]</sup>, Lavoisier Morais de Medeiros <sup>[3]</sup>, Samara Campos de Assis <sup>[4]</sup>, Aucelia Cristina Soares Belchior <sup>[5]</sup>

[1] alyne\_@live.com. [2] amoendo11@hotmail.com. [3] lavoisier.medeiros@ifpb.edu.br. [4] samaracamposdeassis@gmail.com. [5] crisbelchior@hotmail.com

## RESUMO

A cada ano, no mundo, estima-se que 4 milhões de recém-nascidos morram nas primeiras 4 semanas de vida (período neonatal). A baixa renda familiar aparenta ser um fator de risco isolado para a maior mortalidade no primeiro ano de vida. O Método Mãe Canguru foi inspirado nas mães-canguru, que transportavam seus filhotes prematuros contra o peito, e também nas mães-indianas, que carregavam seus bebês de forma semelhante aos marsupiais. Diante disso, o presente estudo objetivou avaliar o perfil biosociodemográfico das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso assistidos pelo Método Mãe Canguru (MMC). A amostra foi composta por 8 mães com idades entre 18 e 28 anos, às quais foi aplicado um questionário, com o intuito de investigar a percepção das mães a respeito do MMC, com as seguintes variáveis: idade da mãe, estado civil, idade gestacional, consultas pré-natal, renda familiar, com quem vivem, ocupação atual, e se o método vai ajudar seu filho. Conclui-se que as mães analisadas apresentaram fatores de risco para parto pré-maturo e/ou de baixo peso, como a baixa idade materna, poucas consultas pré-natal realizadas, idade gestacional, sendo a baixa renda familiar o fator mais relevante. Quanto ao conhecimento das mães sobre o MMC, foi visto que todas tinham informações suficientes para darem continuidade ao método.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Método Mãe Canguru. Baixo peso.

## ABSTRACT

*Each year, in the world, it is estimated that 4 million of newborns die in the first 4 weeks of life (neonatal period). The family low-income appears to be an independent risk factor to higher mortality in the first year of life. The method Kangaroo Mother Care was inspired by the kangaroo mothers carrying their premature babies to his chest as well as the Colombian-Indian mothers who carried their babies form similar to marsupials. The study aimed to evaluate the bio-socio-demographic profile of the mothers of newborn preterm and / or low birth weight assisted by Kangaroo Mother Care. A survey made up of 8 mothers in their sample was performed, aged 18 and 28, where an individual form of a questionnaire was applied in order to investigate the mothers' perception about the Kangaroo Mother Care (KMC) with the following variables (maternal age, marital status, gestational age, prenatal consultation, family income, with whom they live, current occupation, and if the method will help her son). It was conclude that mothers are within several risk factors for premature labor and / or low birth weight, as low maternal age, few antenatal consultations held, gestational age, being the low family income more relevant. On the perception of mothers it was seen that all the information had it sufficient to give continuity to the method.*

**Keywords:** Newborn. Method Kangaroo Mother. Underweight.

## 1 Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, um tipo de assistência neonatal que implica o contato precoce pele a pele entre a mãe e o Recém-Nascido (RN) de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado do seu recém-nascido (BRASIL, 2011; SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2013).

O MMC foi proposto por Rey e Martinez, na Universidade Nacional de Bogotá, em 1979, como alternativa ao cuidado tradicional para os recém-nascidos com baixo peso. O objetivo principal desses autores era reduzir a alta taxa de mortalidade por infecções cruzadas, causada pela pouca disponibilidade de equipamentos, que obrigava as equipes de saúde a colocarem dois ou três recém-nascidos juntos na mesma incubadora. Porém, ainda é limitada a difusão do conhecimento sobre o MMC, e há diferenças na padronização quanto ao início e à duração do contato pele a pele e ao momento da alta (BRASIL, 2011).

No Brasil, o método teve início em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. A seguir, foi implantado em Recife, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), e vem desde então sendo adotado em vários serviços de todo o país (BRASIL, 2014).

O método é desenvolvido em três etapas, estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS): a primeira deve se iniciar logo após o nascimento de um recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e havendo a necessidade da permanência dessa criança em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou de cuidados intermediários; na segunda etapa, o bebê encontra-se com clínica estável, nutrição enteral plena, ganho de peso regular diário maior que 15g por pelo menos três dias e um peso superior a 1250g. Existe suporte familiar e institucional e há interesse da mãe em permanecer com o seu filho na enfermaria de alojamento conjunto, onde a posição canguru será realizada pelo maior período em que ambos acharem seguro e agradável; a terceira etapa, que se caracteriza pela alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, só pode ocorrer se a criança estiver com um peso mínimo de 1500g, clinicamente estável e ganhando peso nos três dias que antecederem a alta, em aleitamento materno exclusivo ou na neces-

sidade de complementação da dieta. É fundamental o compromisso de acompanhamento ambulatorial com três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e, da terceira em diante, uma consulta até atingir um peso mínimo de 2500g (BRASIL, 2011).

De acordo com o Caderno do Tutor do Método Canguru (BRASIL, 2014), a visão brasileira sobre o método exige uma mudança de paradigma na atenção ao recém-nascido, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociem, mas se complementem com os avanços tecnológicos. No Brasil, o MMC tem cinco elementos básicos: (1) alta precoce baseada nas condições clínicas dos Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP), (2) amamentação exclusiva, (3) posição canguru para prover calor e estímulos, (4) educação e informação das mães, dos pais e da família sobre os cuidados dos prematuros e (5) acompanhamento ambulatorial para monitorar o crescimento e o desenvolvimento do bebê (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

De acordo com as Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, do Ministério da Saúde (MS), esse método tem como vantagens: aumentar o vínculo mãe-filho; evitar longos períodos sem estimulação sensorial por reduzir o tempo de separação mãe-filho; estimular o aleitamento materno, promovendo maior frequência, precocidade e duração; melhorar o controle térmico, devido à maior rotatividade de leitos; reduzir o número de RNs em unidades de cuidados intermediários; reduzir o índice de infecção hospitalar; e possibilitar menor permanência no hospital (BRASIL, 2013a).

Frequentemente, os estudos sobre o MMC abordam benefícios relacionados ao bebê, sendo raros aqueles que analisam a participação da mãe no método ou mesmo seu conhecimento sobre o procedimento. Sabe-se que a família exerce um papel fundamental para o desenvolvimento da técnica, especialmente a mãe, porém poucas são as informações passadas sobre o que é o método e qual a importância da mãe naquele determinado lugar.

Por conseguinte, faz-se necessário um conhecimento maior a respeito do perfil e dos sentimentos dessas mães, uma vez que são elas que passam a maior parte do tempo com os bebês. A pesquisa do referido tema despertou interesse pelo fato de se tratar de uma área nova, cuja investigação tem baixos custos e mostra-se eficiente diante do atual panorama tecnológico. Logo, acredita-se que este trabalho sirva

como referencial para a comunidade acadêmico-científica que esteja interessada no assunto.

Frente ao que foi citado, este estudo tem por propósito averiguar o perfil biossociodemográfico e os sentimentos da mãe no binômio mãe-filho e, a seu ver materno, o que o método mãe canguru trouxe de melhoras para seu bebê, visto que não existe pessoa mais indicada para falar do seu filho.

## 2 Material e métodos

A presente pesquisa consiste num estudo de campo, no qual se almejou examinar as práticas, comportamentos e atitudes das pessoas ou grupos (POLIT; HUNGLER, 1995). A abordagem adotada foi a quantitativa e qualitativa, que envolve coleta sistemática de informações, com procedimentos estatísticos e predominante interpretação de dados, com o intuito de descrever e analisar a humanização dos serviços e profissionais na área de saúde (POLIT; HUNGLER, 1995).

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática.

A pesquisa foi realizada na enfermaria Mãe Canguru de uma instituição pública de saúde na cidade de Patos – PB, com as mães que estiveram internadas na referida enfermaria e sujeitas a participar do MMC no período de agosto a outubro de 2012, com aproximadamente 45 minutos para cada entrevista, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A população deste estudo foi composta por 15 (quinze) mães, que foram selecionadas para participar do Método Mãe Canguru por terem dado à luz recém-nascidos de baixo peso, que são o foco do método. A amostra foi constituída por 8 (oito) mães que aceitaram participar do estudo, constituindo uma amostragem do tipo não probabilística, baseada no critério de acessibilidade.

Com relação aos critérios de inclusão, fizeram parte da pesquisa mães de recém-nascidos com baixo peso e/ou prematuros, com idade superior a 18 anos e estados civis diversos, que estiveram participando do método mãe canguru, desde que estivessem internas em uma instituição pública de saúde da cidade de Patos – PB e aceitassem participar do estudo.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas as mães de recém-nascidos que não tivessem baixo

peso nem fossem prematuros, as mães menores de 18 anos, as que não estavam no método mãe canguru ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados através de entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado composto por 12 perguntas objetivas e subjetivas elaboradas pelo pesquisador, que abordaram características pertinentes aos objetivos do estudo. As entrevistas permitiram adquirir informações importantes para a pesquisa, além de concederem liberdade para o entrevistado, sem a ocorrência de interrupções das ideias. Todas as entrevistas foram monitoradas por gravações e transcritas na íntegra, para a segurança das informações obtidas. O consentimento das mães foi registrado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os participantes são informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a garantia da retirada de seu consentimento em qualquer etapa da investigação, sem danos aos participantes e à preservação de sua identidade.

A pesquisa foi realizada por análise quantitativa do tipo descritiva, por meio do *software* GraphPad Prism 5.0 (GRAPHPAD SOFTWARE, 2007); os resultados obtidos foram inseridos em um banco de dados e apresentados em forma de gráfico. Já a análise qualitativa foi do tipo discursiva; as respostas foram gravadas e, em seguida, analisadas e transcritas de forma direta – sem quaisquer alterações das palavras dos entrevistados – para subsidiar a discussão, permitindo quantificar a percepção das mães antes da participação no método mãe canguru.

Ressalta-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, sob o protocolo de número 167/2012. Sua execução obedeceu aos princípios éticos inerentes à pesquisa envolvendo seres humanos, tais como: anonimato, respeito à pessoa, garantia de máximo benefício individual e comunitário e igual consideração dos interesses dos envolvidos, conforme determina a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país (BRASIL, 2013b).

## 3 Resultados e discussão

A idade das participantes variou entre 18 e 28 anos. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade da mãe, estado civil, idade gestacional, número de consultas pré-natal, renda familiar, com quem a mãe vive, ocupação atual e percepção da eficácia do método.

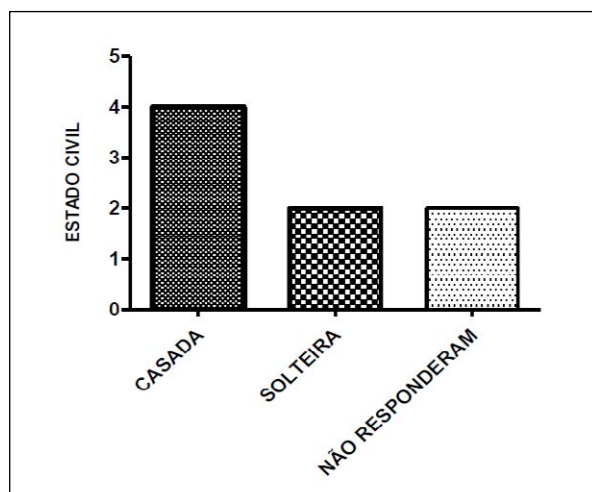
Na análise dos dados biossociodemográficos das mães, observou-se a idade média de 22 anos  $\pm$ 1,4, sendo consideradas jovens adultas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), são considerados jovens adultos os indivíduos na faixa etária de 20 a 24 anos de idade.

Essa média de idade corrobora os estudos de Ramos e Cuman (2009), que relatam que a idade materna é um fator de risco para prematuridade, a qual ocorre com maior incidência nas jovens.

Na variável de estado civil, foram encontrados os seguintes dados: 50% (n=4) das mães eram casadas e 25% (n=2) solteiras, sendo que os outros 25% (n=2) dessas mães não responderam à pergunta (Figura 1).

Figura 1 – Estado civil das participantes do estudo.



De acordo com Maia *et al.* (2011), o MMC não funciona sem a participação da família. Somente ela fornece uma assistência humanizada e perfeita na sua totalidade, proporcionando um cuidado não técnico, mas amoroso.

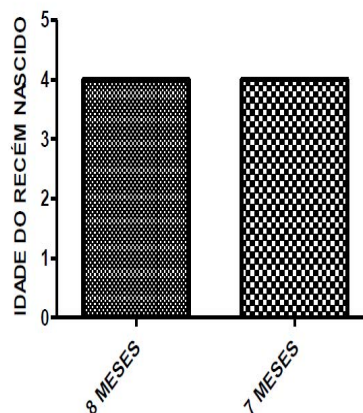
Em relação à idade gestacional, encontramos 4 jovens com 8 meses (32 semanas) de gestação, o que corresponde a 50% da amostra, e 4 jovens com 7 meses (28 semanas), o que corresponde aos outros 50% da amostra (Figura 2).

Esses dados estão de acordo com os achados de Ramos *et al.* (2001), que descrevem o parto pré-termo como aquele cuja gestação termina entre a 20ª e a 37ª semana ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação.

Um estudo realizado nos EUA por Klein (2005) mostrou associação entre a gravidez na adolescência e os índices de prematuridade, baixo peso ao nascer

e mortalidade neonatal, com tendência a piores resultados no grupo de adolescentes mais jovens.

Figura 2 – Idade gestacional



A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre neonatos prematuros. A carga econômica associada a esses nascimentos é significativa, na medida em que o parto prematuro precisa de um atendimento de maior nível de complexidade, especialmente com relação aos neonatos (RAMOS *et al.*, 2001; LOPES *et al.*, 2013).

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, e pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Afeta diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e os anseios que permeiam a perinatalidade (RAMOS; CUMAN, 2009).

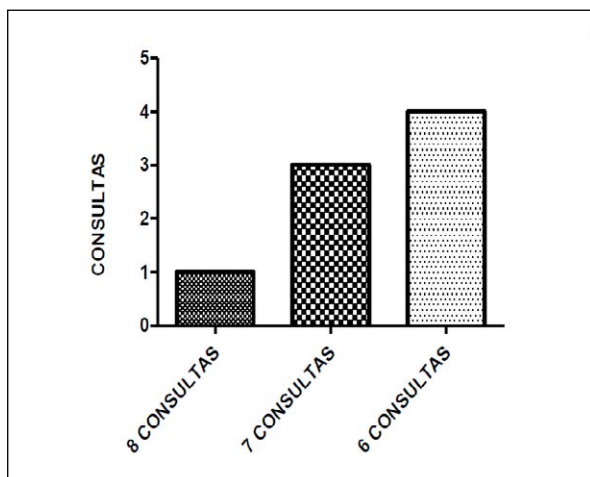
Com relação aos cuidados com a gravidez, foi perguntado se as mães tinham realizado o pré-natal, e elas foram unânimes em dizer que sim. 50% das mães (n=4) realizaram 6 consultas, 37,5% (n=3) realizaram 7 consultas e apenas 12,5% (n=1) realizaram 8 consultas (Figura 3). Segundo Nascimento (2005), a assistência pré-natal de qualidade tem uma forte relação com a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Com relação à renda familiar, prevaleceram mães com renda inferior a um salário mínimo – 62,5% da amostra (n=5) (Figura 4). Ou seja, essas mães estavam inclusas em um fator de risco importante para o parto prematuro e de recém-nascidos com baixo peso.

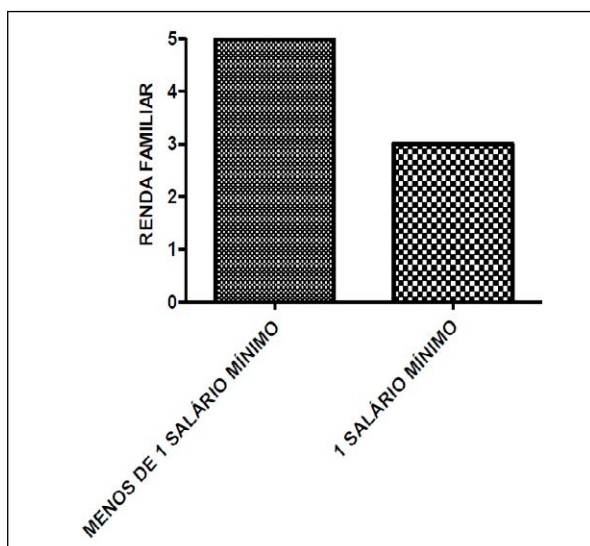
De acordo com Coimbra *et al.* (2003), a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à

baixa renda; dessa forma, os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso ao serviço pré-natal, ou seja, quanto menor a renda, maior o risco, o que é corroborado pelos dados apresentados neste estudo.

**Figura 3 – Cuidados com a gestação**



**Figura 4 – Renda per capita**

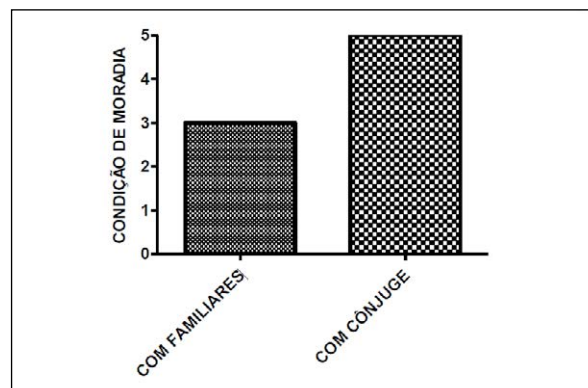


O presente estudo está em consonância com o realizado por Chagas *et al.* (2009), no qual 21,4% (n=30) da amostra possuíam renda inferior a um salário mínimo, e também corrobora o estudo de Guimarães e Melo (2011), no qual as participantes referiram renda familiar abaixo de um salário mínimo em 21,3% dos casos e 18% dos controles (valor p=0,74).

Segundo Monteiro, França Júnior e Conde (2003), a falta de um companheiro é um fator de risco relativo para o parto pré-maturo ou baixo peso ao nascer. No entanto, o presente estudo não corrobora

essa informação, pois, como pode ser visto na Figura 5 – que representa com quem vivem as mães entrevistadas –, 62,5% da amostra (n=5) residem com seus cônjuges, enquanto o restante, correspondente a 37,5% (n=3), reside com seus familiares (pai e mãe). Ou seja, a maioria das participantes não se enquadra nesse fator de risco.

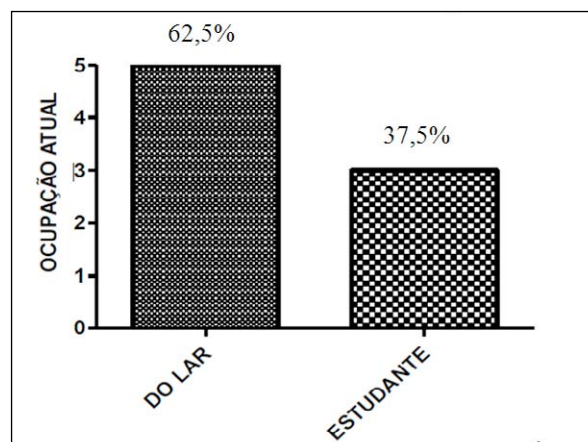
**Figura 5 – Com quem vivem**



Segundo Maia *et al.* (2011), o suporte familiar é de suma importância para a recuperação do bebê, pois é necessário que a mãe tenha amor, confiança e disponibilidade de tempo para se dedicar à sua criança e, dia após dia, vivenciar e contribuir para sua evolução.

A Figura 6 representa a ocupação atual das mães: 37,5% (n=3) da amostra são estudantes e 62,5% (n=5) são do lar, o que as inclui no fator de risco para prematuridade, pois elas não têm um trabalho remunerado para garantir uma gravidez “mais saudável”.

**Figura 6 – Profissão atual**



Esses dados estão de acordo com o estudo realizado por Guimarães e Melo (2011), no qual 60% da amostra total eram mães que não desenvolviam atividade remunerada e referiam renda familiar menor que um salário mínimo em 21,3% dos casos e 18% dos controles (valor  $p=0,74$ ), como mencionado anteriormente.

Foi perguntado se as mães haviam recebido alguma informação sobre o método mãe canguru e qual profissional havia passado as informações. As participantes foram unânimes na resposta: 100% ( $n=8$ ) afirmaram que tinham recebido informações, e que os profissionais de enfermagem as tinham passado.

De acordo com Martins, Martins e Vaz (2007), a equipe multidisciplinar pode atuar veementemente no método, sendo um instrumento de orientação dos procedimentos e capacitação da mãe, contribuindo para um aumento na produção de leite materno, equilíbrio emocional, confiança e controle das reações do recém-nascido, remoção do medo e da insegurança e aumento da habilidade de cuidar do bebê prematuro.

Nesta seção, analisamos os depoimentos das participantes com vistas a uma melhor compreensão da sua percepção acerca do método Mãe Canguru. De modo geral, os relatos foram positivos. Podemos constatar que o método proporciona bem-estar à mãe, devido ao maior contato com o filho. Todavia, sentimentos como tristeza por estar longe da família e/ou dos demais filhos podem emergir nos discursos dessas mães.

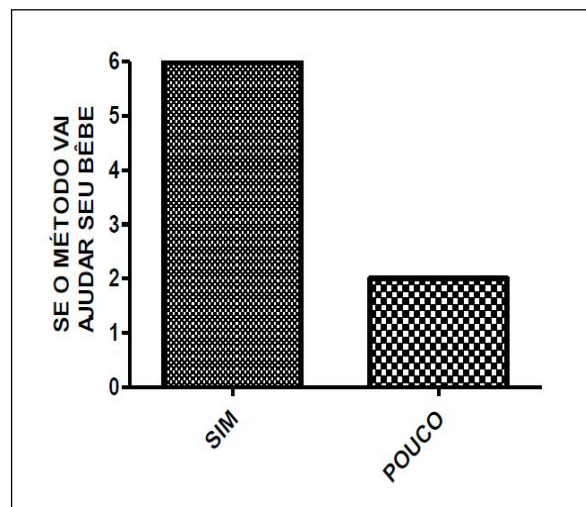
De acordo com pesquisas, quando mãe e bebê ficam juntos após o nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais contribuem positivamente para a ligação do binômio mãe-filho (ROSA *et al.*, 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2010).

O contato entre mãe e filho proporcionado pelo MMC é percebido como algo prazeroso de ser realizado. Estar mais perto do seu filho, poder ficar com ele pele a pele e cuidar dele faz com que a mãe sintam-se bem. Um estudo realizado por Campos *et al.* (2008) legitima esse resultado, pois nele também se constatou que as mães tinham sentimentos prazerosos de bem-estar, bem como informações sobre o Método Mãe Canguru.

Com relação à eficácia do método (Figura 7), 75% das mães afirmaram acreditar que o MMC vai ajudar

seu filho ( $n=6$ ), enquanto 25% das mães ( $n=2$ ) responderam que o método vai ajudar pouco seu filho.

Figura 7 – Eficácia do método



Segundo o Manual Técnico do Método Canguru (BRASIL, 2013a), dentre os benefícios do método que irão ajudar o recém-nascido, estão o aumento do vínculo mãe-filho; a redução do estresse e da dor nos bebês; e uma maior confiança dos pais no manuseio do bebê.

Em pacientes submetidos ao MMC (RN na posição vertical, em decúbito ventral contra o corpo da mãe, implicando contato precoce e crescente entre mãe e filho), foi detectada uma redução significativa na incidência de infecções graves, quando comparados com o método tradicional (BRASIL, 2011). Perguntou-se às participantes se elas sabiam que teriam de ficar a maior parte do tempo com o seu filho na posição canguru, e todas responderam que sim. No entanto, notou-se que, apesar de todas saberm, não ficavam com o bebê por muito tempo nessa posição, ignorando o fato de que, quanto mais tempo permanecessem, maiores seriam os benefícios para o binômio mãe-filho.

#### 4 Considerações finais

O delineamento do presente estudo objetivou avaliar o perfil biossociodemográfico das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso assistidos pelo MMC, visto que há uma carência desses dados.

Achados deste estudo demonstraram que as mães estavam incluídas em vários fatores de risco

para parto pré-maturo e/ou de recém-nascido com baixo peso, dentre os quais o mais relevante é a baixa renda familiar, que acarreta vários outros. Sobre a percepção das mães, foi visto que todas tinham informações suficientes para darem continuidade ao método e permanecerem com o RN em posição canguru.

O MMC tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. Fundamenta-se em princípios simples e tem demonstrado grande efetividade, por consequência de suas vantagens que são indispensáveis para o binômio mãe-filho.

Uma das dificuldades deste trabalho foi a coleta dos dados, devido à quantidade insuficiente de participantes no método mãe canguru na instituição de saúde estudada.

Por fim, obteve-se êxito nos resultados do estudo, conseguindo-se atingir seus objetivos, pois foi possível traçar o perfil biossociodemográfico das mães e verificar o conhecimento delas antes da vivência no método. No entanto, são importantes novas pesquisas na área, com abordagens diferentes e com uma maior amostra, no intuito de aumentar o acervo sobre o tema em questão, visto que ainda são escassos os trabalhos sobre o Método Mãe Canguru que tomem como ponto de partida a mãe,

## REFERÊNCIAS

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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59-62.

CAMPOS, A. C. S. *et al.* Vivência no Método Mãe Canguru: percepção da mãe. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 28-36, jul./set. 2008.

CARVALHO, M.; PROCHNIK, M. **Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

CHAGAS, R. I. A. *et al.* Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em UTI neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 7-11, jul. 2009.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAPHPAD SOFTWARE. **GraphPad Prism 5.0**. La Jolla, CA, USA: GraphPad Software, 2007. 1 CD-ROM.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2011.

KLEIN, J. D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 281-286, July 2005.

LOPES, G. *et al.* Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 36, p. 77-89, 2013.

MAIA, J. A. *et al.* Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, n. 4, p. 231-234, 2011.

MARTINS, A. C.; MARTINS, M. F. L.; VAZ, M. J. R. Percepção de enfermeiras sobre o método Mãe-Canguru. **Saúde Coletiva**, Barueri, SP, v. 4, n. 16, p. 109-112, jul./ago. 2007.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6 (suplemento), p. 19-25, dez. 2000.

NASCIMENTO, L. F. C. Análise hierarquizada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 76-82, jun. 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

RAMOS, J. G. L. *et al.* Nascimento Pré-termo. In: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 69-80.

ROSA, R. *et al.* Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2010.

SILVA, A. R. E.; GARCIA, P. N.; GUARIGLIA, D. A. Método canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Revista Hórus**, Ourinhos, SP, v. 7, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2013.

SILVA, A. A. *et al.* Perinatal Health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1413-1423, nov./dez. 2001.

VASCONCELOS, S. G. *et al.* Comunicação mãe-filho durante amamentação natural e artificial na era AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 103-109, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health – a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by Year 2000". Geneva: WHO, 1986. Technical Report Series, 731.