

## Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar

Mother Kangaroo Method: an investigation  
about the domestic practice

Cristiane Luciana de Araújo<sup>1</sup>  
Cláudia Teresa Frias Rios<sup>1</sup>  
Marinese Herminia dos Santos<sup>1</sup>  
Anna Paula Ferrario Gonçalves<sup>1</sup>

**Abstract** *This is a descriptive study, within unattitudinal approach, aiming at acquiring knowledge regarding the domestic practice of Mother Kangaroo Method. Data were collected from a survey for the parents of prematures hospitalized in a University Hospital in São Luís, Maranhão State, from May to August, 2005. According to the findings, 100% of the families received training and guidance in the hospital and only in 53.3% of the cases the mothers were guided. The benefits of the education works developed by the team were confirmed by domestic practice with 93.3% of the mothers performing the kangaroo position correctly, where 86.7% of the babies were slightly dressed, 86.7% of the mothers were breast feeding technically in a correct manner and 86.7% without any other items being used. 46.7% of the mothers stay 5 to 8 hours/day with their babies in this position and 66.7% identified house tasks as the principal obstacle of the practice. Regarding neonatal walk-in unit follow-up 63.3% of the mothers identified the lack of financial resources to pay for transportation as the main difficulty factor. The data obtained show that the support from the family network and the health team seem to be the best way to guarantee the extension of domestic care.*

**Key words** *Mother Kangaroo Method, Health education, Domestic practice*

**Resumo** *Estudo descritivo, inserido na abordagem quantitativa, com o objetivo de conhecer a prática domiciliar do Método Mãe Canguru. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário aos pais dos recém-nascidos prematuros que estiveram internados em um hospital universitário, em São Luís (MA), no período de maio a agosto de 2005. De acordo com os dados encontrados, 100% das famílias receberam ensinamentos e orientações no hospital; sendo que em 53,3% dos casos apenas a mãe foi orientada. Os benefícios do trabalho educativo desenvolvido pela equipe foram confirmados na prática domiciliar; com 93,3% das mães realizando adequadamente a posição canguru, onde 86,7% dos bebês encontravam-se ligeiramente vestidos, 86,7% delas amamentando tecnicamente correto e 86,7% sem fazer uso de qualquer tipo de adereços. 46,7% das mães permanecem de cinco a oito horas/dia com o bebê nesta posição e 66,7% identificaram as tarefas do lar como principal obstáculo da prática. Em relação ao seguimento ambulatorial neonatal, 63,3% das mães identificaram a falta de recurso financeiro para cobrir as despesas com o transporte como principal fator de dificuldade. Os dados obtidos demonstram que o apoio da rede familiar e da equipe de saúde parece ser o melhor caminho para garantir a extensão do cuidado em domicílio.*

**Palavras-chave** *Método Mãe Canguru, Educação à saúde, Prática domiciliar*

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão. Rua Viana Vaz 230, Centro. 65020-660 São Luiz MA. crikaenf@bol.com.br

## Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo assim uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido<sup>1,2</sup>.

Criado na Colômbia, mais especificamente em Bogotá, no ano de 1979, pelo médico Edgar Rey Sanabria, o MMC teve no Brasil sua implantação a partir da Portaria de nº 693 de 5 de julho de 2000 estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), que aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Surgiu para remediar as deficiências de infraestrutura no sistema público de saúde, cujo impacto traria repercussões sobre a mortalidade extremamente alta entre os neonatos de baixo peso nas unidades neonatais durante os anos setenta<sup>3,4</sup>.

O Método Mãe Canguru é dirigido aos bebês cujo peso ao nascer seja inferior ou igual a 2.000g, adotando como critérios para elegibilidade deste bebê: não apresentar qualquer patologia, estar ganhando peso e ser capaz de coordenar os movimentos de sucção e deglutição. Os critérios de elegibilidade das mães/famílias apontam para o compromisso e a disciplina, a motivação e a disponibilidade, além de boas condições clínicas<sup>1-3</sup>.

Dentro desta abordagem humanística, a assistência é fundamentada em três componentes: o bebê enfermo, a mãe/família do bebê e a equipe de saúde, caracterizando a trilogia da assistência humanizada<sup>1,2</sup>. Todos participando intensamente dos processos que dizem respeito às primeiras ligações afetivas que surgem após a saída do bebê do ambiente uterino, cabendo à equipe trabalhar junto à mulher com o intuito de desenvolver estratégias no sentido de valorizar o seu potencial materno, em especial, de cuidadora.

A metodologia canguru está baseada em princípios simples e que têm demonstrado grande efetividade no atendimento, definidos como: o calor, o leite materno e o amor, fatores indispensáveis para o bom desenvolvimento físico, psíquico e emocional do bebê, e que são gerados e transmitidos pelo contato íntimo entre mãe e bebê em posição canguru<sup>1,2,5</sup>. Logo, a assistência passa a ser guiada pela estabilidade clínica do bebê, e não mais pelo peso, como ocorre no método convencional.

A norma propõe o desenvolvimento do MMC em três etapas, cuja prática se inicia nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN)

e/ou de cuidados intermediários, passando à enfermagem canguru e, após alta hospitalar, no ambulatório de seguimento neonatal, caracterizando o Canguru Domiciliar<sup>1</sup>, que é o nosso objeto de estudo.

Após o período de preparação e adaptação materna e familiar ocorrido nas duas primeiras etapas do método, tendo a equipe trabalhado junto ao conceito de família ampliada, que consiste na família nuclear mais os parentes diretos ou colaterais<sup>6</sup>, recebe alta hospitalar o bebê com peso mínimo de 1.500g, com ganho adequado de peso nos três dias que antecederam a alta, com sucção eficiente e em aleitamento materno exclusivo (AME), e a mãe que se mostrar segura e motivada para dar continuidade aos cuidados no domicílio, além do compromisso para a realização da posição canguru por tempo integral, apoio familiar e condição de acompanhamento ambulatorial assegurada e de garantia de retorno à unidade, ocorrendo alguma anormalidade<sup>1-3</sup>.

No que se refere ao seguimento ambulatorial neonatal, pela norma, ele pode ser de natureza individual ou coletiva. No primeiro momento, o atendimento é coletivo, sob a coordenação da enfermagem; a consulta é desenvolvida com base nas situações apresentadas pelas mães, reforçando-se as orientações sobre os cuidados e, em seguida, o bebê é submetido a uma avaliação. As consultas individuais ocorrem no ambulatório de seguimento especializado (*follow up*), com a periodicidade de três consultas na primeira semana pós-alta, na segunda semana de duas consultas e da terceira em diante pelo menos uma consulta semanal até o bebê atingir o peso de 2.500g, quando receberá alta da terceira etapa do MMC e passará a ser assistido de acordo com a norma de crescimento e desenvolvimento preconizada pelo MS<sup>1-3</sup>.

O tratamento da prematuridade é um processo longo e minucioso, visto que suas implicações não se resumem às complicações perinatais, mas continuam por muito tempo, exigindo cuidados especiais após a alta hospitalar do bebê<sup>7</sup>. A extensão deste cuidado não pode acontecer sem o envolvimento familiar. Nesta perspectiva, a metodologia canguru ultrapassa o espaço da unidade neonatal e passa a ser realizada no próprio ambiente familiar, iniciando a etapa do Canguru Domiciliar.

A escolha do estudo a respeito do MMC a partir do ambiente familiar é justificada pela importância da extensão deste cuidado iniciado na unidade neonatal, o que despertou o interesse em conhecer a prática domiciliar do método e os

aspectos que influenciam na sua realização, bem como identificar os benefícios das ações educativas desenvolvidas pela equipe junto à mãe e à família no ambiente hospitalar para a promoção do cuidado seguro aos bebês no domicílio.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, descritiva, com enfoque quantitativo, visando conhecer a prática domiciliar do MMC. Durante o desenvolvimento da pesquisa, manteve-se permanente atenção nos princípios preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A população do estudo foi constituída dos pais dos recém-nascidos de baixo peso e prematuros que receberam alta hospitalar do MMC desenvolvido no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI), no período de maio a julho de 2005, e residentes na cidade de São Luís (MA). Desta forma, a pesquisa foi iniciada no dia 15 de maio de 2005 e finalizada em 30 de agosto do mesmo ano, totalizando ao final uma população constituída por trinta famílias, nas quais ocorreram duas perdas.

A pesquisa foi realizada no ambiente familiar; porém, o contato inicial com os sujeitos da pesquisa ocorreu ainda no ambiente intra-hospitalar, quando mãe e bebê encontravam-se internados na enfermaria conjunta, momento que permitiu a realização da triagem destas famílias, além da obtenção de dados referentes aos endereços das mesmas. As residências, em geral, encontram-se localizadas na periferia da cidade.

No HUUMI, mais especificamente na unidade neonatal, a equipe desenvolve junto à mãe e sua família ampliada um trabalho de acolhimento e orientação, com a utilização de ações educativas e atividades interativas, visando atender suas necessidades individuais e em grupo, e, principalmente, ensiná-la a cuidar do seu bebê. Dentre estas ações, destacam-se: as reuniões individuais, socioeducativas, de educação e saúde e com os pais, as dinâmicas de grupo, as visitas das avós, dos irmãos e da família ampliada e as próprias conversas diárias com as mães, além das consultas coletivas e individuais que ocorrerão com a alta hospitalar.

A investigação da prática domiciliar do MMC foi feita a partir da realização de duas visitas a cada família com alta no período previsto para pesquisa, tendo a primeira ocorrida quinze dias após a alta hospitalar e a segunda com um mês,

ambas com duração entre 15 a 25 minutos. O critério escolhido para o agendamento das visitas foi estabelecido com base na periodicidade das consultas de seguimento, que é a essência da fase domiciliar do método. Segundo o MS, é no primeiro mês pós-alta hospitalar que há o maior número de retornos a ser agendados<sup>1</sup>.

Para coleta de dados, utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas referentes à identificação, dados socioeconômicos, conhecimento dos pais sobre a metodologia canguru e ambulatório de seguimento. Este foi aplicado de forma individual, prestando-se previamente esclarecimento sobre o objetivo do estudo em apreço, e solicitando a sua participação na pesquisa, que foi sempre iniciada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Utilizou-se ainda a técnica da observação não-participativa. Fez-se necessário também o acesso aos livros de marcação de consultas no *follow up*, a fim de garantir a veracidade dos dados referentes às consultas de retorno.

Os dados foram dispostos em planilha eletrônica, para o qual foi utilizado o programa Excel 2003 for Microsoft Windows. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o *software* Epi-Info, versão 6.0. E, por fim, os dados foram organizados na forma de tabelas e gráficos no Programa Microsoft Word 2003.

## Resultados

Das trinta famílias pesquisadas neste estudo, 100% receberam orientações sobre o MMC no ambiente hospitalar, sendo que em 53,3% apenas a mãe foi orientada pela equipe, em 33,3% o pai também recebeu orientações e em 13,4% a avó e/ou outro filho também foram orientados.

Quanto à participação familiar na realização da posição canguru em domicílio, observou-se que em 50% das famílias a mãe é ajudada pelo pai, em 16,7% a avó e/ou outro filho também realiza(m) a posição canguru e em 33,3% a mãe realiza sozinha esta tarefa, sem qualquer ajuda familiar (Tabela 1).

Em relação ao conhecimento das mães sobre o MMC, obteve-se o seguinte resultado: 96,7% sabem vestir corretamente o bebê para praticar a posição canguru; 86,7% mostram conhecer a técnica adequada de trocar a fralda; 73,3% têm o conhecimento sobre como realizar o banho e manejar adequadamente o bebê durante este procedimento; 76,7% sabem lavar as roupas do filho de forma correta; 83,3% sabem que o bebê

não deve ser colocado em nenhuma situação na posição horizontal plana; 90% afirmaram que o bebê deve ser manuseado o mínimo possível; 90% consideram ser necessário acordar o bebê para

amamentar; 83,3% delas têm conhecimento de que para dormir à noite com o bebê precisam ficar em posição semi-sentada enquanto estiverem com o bebê na posição canguru; e 100% sabem que não devem utilizar nenhum tipo de adereço durante o contato com o filho (Tabela 2).

Quando investigada a prática domiciliar destas mães, os dados obtidos revelaram que: 93,3% das mães sabem colocar o bebê na posição canguru de forma adequada; 86,7% amamentam corretamente; 86,7% dos bebês, enquanto na posição canguru, utilizavam um vestuário apropriado, ou seja, vestiam apenas fralda; e 86,7% das mães não faziam uso de qualquer tipo de adereços nas duas visitas realizadas (Tabela 3).

O tempo de permanência com o bebê na posição canguru correspondeu no máximo a duas horas/dia em 30% das famílias; 23,3% permaneciam até quatro horas/dia com o bebê nesta posição e 46,7% conseguiam ficar de cinco a oito horas/dia com o bebê no canguru. Em relação às dificuldades vivenciadas pelas mães para permanecerem com o seu bebê na posição canguru em domicílio, observou-se que 66,7% identificaram as tarefas do lar; 36,7% à não participação do pai e 30% ao próprio bebê que começa a ficar desconfortável na posição canguru, além do cuidado com outros filhos (16,7%) e de problemas de saúde e/ou do trabalho fora de casa (6,7%) (Quadro 1).

Quando investigada a assiduidade das mães ao ambulatório de seguimento neonatal (*follow up*), obteve-se um bom resultado. Em relação à consulta coletiva, constatou-se que 90% das mães retornaram com o filho nesta consulta, enquan-

**Tabela 1.** Participação dos familiares na metodologia canguru. HUUMI, São Luís (MA), 2005.

Variável	F (30)	%
Familiares orientados no hospital		
Somente a mãe	16	53,3
Mãe + pai	10	33,3
Mãe + avó + outro filho	4	13,4
Participação em domicílio		
Somente a mãe	10	33,3
Mãe + Pai	15	50,0
Mãe + avó + outro filho	5	16,7
Total	30	100,0

**Tabela 2.** Conhecimento das mães sobre os cuidados necessários com o bebê-canguru. HUUMI, São Luís (MA), 2005.

Variável	F (30)	%
Vestuário do bebê		
Sim	29	96,7
Não	01	03,3
Troca de fralda		
Sim	26	86,7
Não	04	13,3
Técnica de banho		
Sim	22	73,3
Não	08	26,7
Lavagem de roupas		
Sim	23	76,7
Não	08	23,3
Posição horizontal plana		
Sim	05	16,7
Não	25	83,3
Manipulações mínimas		
Sim	27	90,0
Não	03	10,0
Acordar o bebê p/ amamentar		
Sim	27	90,0
Não	03	10,0
Posição semi-sentada da mãe		
Sim	25	83,3
Não	05	16,6
Uso de adereços		
Sim	30	100,0
Não	00	00,0
Total	30	100,0

**Tabela 3.** Prática domiciliar da metodologia canguru. HUUMI, São Luís (MA), 2005.

Variável	F (30)	%
Posição canguru correta		
Sim	28	93,3
Não	02	06,7
Técnica de amamentação correta		
Sim	26	86,7
Não	04	13,3
Bebê vestido corretamente		
Sim	26	86,7
Não	04	13,3
Mãe sem adereços		
Sim	26	86,7
Não	04	13,3
Total	30	100,0

to que apenas 10% faltaram. A assiduidade às consultas individuais, realizadas no *follow up*, correspondeu a 70% em todos os retornos agendados pela equipe, 23,3% compareceram a algumas consultas e 6,7% não compareceram.

As dificuldades apontadas pelas mães para retornarem com o seu bebê ao ambulatório de seguimento neonatal foram: 63,3% a falta de recurso financeiro para cobrir as despesas com o transporte; 23,3% a distância entre sua residência o hospital; 13,3% o fato de ter outros filhos e 3,3% a falta de tempo disponível (Quadro 2). Somente 33,3% das mães não relataram dificuldades.

## Discussão

O MMC é um modelo de assistência neonatal que trás benefícios ao recém-nascido prematuro e de baixo peso e à sua família, em que a participação efetiva dos pais, desde o início, favorece positivamente o cuidado à criança no ambiente domiciliar.

Para o desenvolvimento adequado do método canguru, a família necessita assumir e pôr em prática o papel de protagonista deste cuidado, visando minimizar as possibilidades de falhas, principalmente na etapa domiciliar. Neste sentido, a equipe deve sistematizar suas ações a partir da trilogia da assistência, cujo processo se esta-

belece com base na educação à saúde, e contar com o envolvimento familiar, ou seja, trabalhasse na perspectiva de promover a interação equipe-família, a fim de garantir suporte à mãe para que se sinta segura no cuidado domiciliar.

Diante dos dados apresentados no estudo em questão, de todas as mães que foram preparadas e orientadas no ambiente hospitalar, pouco mais da metade delas não contou com o envolvimento familiar e, após alta hospitalar, este percentual caiu ainda mais no domicílio (Tabela 1). Fato cuja importância Toma<sup>8</sup> enfatiza ao lembrar que o sucesso do Programa Canguru depende não só da vontade da mãe, mas também 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.

A garantia de uma extensão deste cuidado, iniciado nas unidades neonatais, com a alta para casa, é mediada por ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro e fora do ambiente hospitalar. Neste processo educativo, a mãe/família é ensinada a cuidar do filho em todas as etapas do método, inicialmente, em um processo de adaptação e preparação, posteriormente, em uma etapa para execução dos ensinamentos, apoiada pela equipe, e por fim, longe da equipe, tornando-se autônoma do processo, com o suporte da equipe<sup>1-3</sup>.

**Quadro 1.** Prática domiciliar da posição canguru. HUUMI, São Luís (MA), 2005.

Variável	F (30)	%
Tempo de permanência		
1-2 horas	09	30,0
3-4 horas	07	23,0
5-6 horas	08	26,7
7-8 horas	06	20,0
Total	30	100,0
Fatores de dificuldades*		
Nenhum	03	10,0
Tarefas do lar	20	66,7
Não participação do pai	11	36,7
Bebê desconfortável	09	30,0
Cuidado c/ outros filhos	05	16,7
Problemas de saúde/trabalho fora de casa	02	06,7

\* Foram citados mais de um fator de dificuldade.

**Quadro 2.** Seguimento ambulatorial neonatal. HUUMI, São Luís (MA), 2005.

Variável	F (30)	%
Assiduidade nas consultas coletivas		
Sim	27	90,0
Não	03	10,0
Assiduidade nas consultas individuais		
Sempre	21	70,0
Algumas vezes	07	23,3
Nenhuma	02	06,7
Total	30	100,0
Fatores de dificuldades*		
Nenhum	10	33,3
Gasto com transporte	19	63,3
Mora longe do hospital	07	23,3
Cuidado c/ outros filhos	04	13,3
Falta de tempo disponível da mãe	01	03,3

\* Foram citados mais de um fator de dificuldade.

O percentual de mães esclarecidas e informadas sobre a metodologia canguru é bastante positivo (Tabela 2), reflexo de um trabalho que hoje é feito pela enfermagem no HUUMI, e que permite a mãe receber alta, sem ameaçar a continuidade do tratamento, visto que uma vez estando preparada e orientada, ela se sentirá segura para exercer os cuidados no domicílio. É dentro da maternidade, em um período experimental, que a mãe é ensinada, através de orientações e realização de cuidados, a lidar com o filho “especial”, sendo capaz de estabelecer os devidos limites de segurança<sup>2</sup>. Nesse sentido, o apoio dos profissionais de saúde à mulher é importante para que ela tenha confiança em si para com autonomia assumir as tarefas no ambiente domiciliar<sup>9</sup>.

A alta de mães/famílias seguras e motivadas tem garantido a realização da prática domiciliar do MMC. Os benefícios das ações educativas desenvolvidas pela equipe foram confirmados na prática domiciliar, através da técnica de observação não-participativa.

Na investigação da prática domiciliar, tornou-se fundamental conhecer o compromisso da família com a realização da posição canguru propriamente dita, que é essência deste tipo de assistência neonatal, tendo-se encontrado uma realidade distante da esperada e proposta pela norma<sup>1</sup>, onde para a maioria investigada o tempo máximo de permanência com o bebê nesta posição encontrado não é considerado o suficiente para evitar a exposição do bebê a situações de risco. Fato este gerado provavelmente pelas tarefas do lar, identificadas como principal dificultador da prática e a não participação do pai (Quadro 1).

Ao assumirem o cuidado da criança no domicílio, as mulheres podem passar por uma situação de cansaço físico e mental por terem que viver a rotina diária de conciliação de duas responsabilidades: os cuidados com a criança e as

tarefas domésticas<sup>9,10</sup>. Acredita-se que a situação ideal capaz de amenizar a carga física e emocional das mães cangurus parece ser aquela em que há participação efetiva tanto do companheiro quanto dos demais familiares.

Garantir o seguimento ambulatorial neonatal está entre as metas para a terceira etapa do MMC, o que não pode ser visto apenas como uma consulta de puericultura, mas sim como um momento de troca, esclarecimentos e correção de inadequações que será pontuado com base na demanda da família, cujo objetivo primordial é possibilitar a intervenção precoce na presença de intercorrências<sup>1</sup>. Obteve-se neste aspecto uma boa resposta das famílias, visualizada no primeiro momento na consulta coletiva, com quase a totalidade das díades mães-bebê assistidas fazendo-se presentes, e posteriormente, no *follow up*. Infelizmente, a falta de recurso financeiro para cobrir as despesas com o transporte aparece como principal dificultador para retornar às consultas.

## Conclusão

Diante do presente estudo, pôde-se demonstrar mais uma vez a importância do apoio da rede familiar e da equipe de saúde, visto que a mãe, sozinha, não conseguirá ao lado dos vários papéis sociais que desempenha garantir a extensão do cuidado em domicílio. Notando-se que a humanização das ações da equipe do HUUMI e o brilhante trabalho educativo desenvolvido pela enfermagem junto à mãe e à sua família têm resultado em pais e familiares seguros e orientados, aptos a retornarem ao lar e cuidar com responsabilidade do filho, com a compreensão de que este cuidado é tão importante quanto toda a tecnologia utilizada nos primeiros dias de vida do bebê.

## Colaboradores

CL Araújo trabalhou na concepção, metodologia, pesquisa, análise e interpretação dos dados, e na redação do artigo; CTF Rios, MHs Santos e APF Gonçalves trabalharam na orientação do trabalho, revisão crítica da pesquisa e aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Carvalho MR, Prochnik, M. *Método Mãe-Canguru de atenção ao prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.
3. Charpak N, Figueroa CZ. *O Método Mãe-Canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras*. Rio de Janeiro: McGrawHill; 1999.
4. Venancio SI, Almeida, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal Pediatria* 2004; 80(5):173-180.
5. Oliveira ND. *O que é a norma brasileira de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe canguru)*. [site da Internet]. [acessado 2005 jan 09]. Disponível em: <http://www.metodomaecanguru.org.br>
6. Whaley LF, Wong DL. A criança: seu ambiente e seu desenvolvimento. In: Whaley LF, organizador. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 18-43.
7. Corrêa MD. Parto pretermo. In: Rezende J, organizador. *Obstetrícia*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 856-872.
8. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl 2):1-10.
9. Lopes TC. *Programa de Internação Domiciliar Neonatal: espaço para a construção da autonomia no cuidado com a criança* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, UFMG; 2005.
10. Marques PF, Ferreira SL. Práticas de saúde da mulher no domicílio e reprodução de desigualdades de gênero. *Revista Baiana de Enfermagem* 2002; 17(13):11-22.

---

Artigo apresentado em 07/12/2006

Aprovado em 20/09/2007

Versão final apresentada em 29/10/2007