

A Importância do Método Mãe Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma Revisão de Literatura

The Importance of the Kangaroo Mother Care Method in the Neonatal Intensive Care Unit: a Literature Review

Alice dos Santos da Silva ^a, Juliana Pereira Cost^a, Leissa da Silva Melo de Figueiredo ^a,
Jaildes Vieira de Menezes ^a, Viviany Dias Gandra ^a, Thainná Dias Nunes Rodrigues ^a,
Francisco José Salustiano da Silva ^{a,b}, Laisa Liane Paineiras-Domingos ^{a,c,d*}

^a Departamento de Fisioterapia, Faculdade Bezerra de Araújo (FABA)

^b Associação Brasileira de Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ABRASFIPICS)

^c Departamento de Biofísica e Biometria e Policlínica Piquet Carneiro (PPC), Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

^d Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Resumo: Contextualização: A humanização é importante dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), pois influencia neste ambiente tornando-o mais calmo para o neonato e seus pais, promovendo o bem estar do bebê e de sua família nesta unidade hospitalar. O Método Mãe Canguru (MMC) é aplicado dentro da UTIN em recém-nascidos prematuros (RNPT), visando o contato pele a pele entre mãe/pai e bebê, acalmando, estimulando a amamentação e o desenvolvimento deste bebê. A posição vertical adotada neste método aumenta a eficácia do diafragma e da função pulmonar, favorecendo a oxigenação e promovendo estabilidade cardiorrespiratória dos RNPTs. **Objetivo:** Abordar o MMC, seus benefícios e sua contextualização no processo de humanização dentro das UTINs. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, com revisão de artigos científicos e livros, considerando abordagens envolvendo os descritores: “UTI neonatal”, “método canguru”, “neonatologia”. **Resultados:** Foram encontrados benefícios como a estabilização cardiorrespiratória (aumento da frequência cardíaca, regulação da frequência respiratória e melhora da oxigenação); termorregulação; favorecimento do aleitamento materno exclusivo; redução do índice de mortalidade de RNPT de baixo peso; a redução do risco de infecção perinatal; diminuição do tempo de internação; melhora no sono (mais prolongado); efeito analgésico pela liberação de endorfinas e melhora da relação da mãe e o RNPT. **Conclusão:** O MMC é importante na promoção de inúmeros benefícios para o RNPT, proporcionando de uma maneira geral, uma conexão maior com seus pais e diminuindo a permanência do RNPT no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Fisioterapia, Método mãe-canguru, Neonatologia, Humanização da assistência.

Abstract: *Background:* Humanization is important within a neonatal intensive care unit (NICU), as it influences this environment, making it calmer for the premature newborn (PN) and his parents, promoting the well-being of the baby and his family in this hospital. The Kangaroo Mother Care Method (KMCM) is applied within the NICU to PN, aiming at skin-to-skin contact between mother/father and baby, calming, stimulating breastfeeding and the development of this baby. The vertical position adopted in this method increases the effectiveness of the diaphragm and lung function, favoring oxygenation and promoting cardiorespiratory stability for newborns. *Objective:* To approach the KMCM, its benefits and its contextualization in the humanization process within the NICUs. *Methods:* It is a qualitative and descriptive study, with review of scientific articles and books including the following keywords: “neonatal intensive care”, “Kangaroo-Mother care method”, “neonatology”. *Results:* Benefits were found such as cardiorespiratory stabilization (increased heart rate, regulation of respiratory rate and improved oxygenation); thermoregulation; favoring exclusive breastfeeding; reduction in the mortality rate of low birth weight PT; reducing the risk of perinatal infection; decreased hospitalization time; improved sleep (more prolonged); analgesic effect by releasing endorphins and improving the relationship between mother and PN. *Conclusion:* This literature review showed that KMCM is important in promoting numerous benefits for the PN, providing, in general, a greater connection with their parents and decreasing the PN's stay in the hospital environment.

Keywords: Physiotherapy, Kangaroo-mother care method, Neonatology, Humanization of assistance

*Autor correspondente: laisanit@gmail.com

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 30 milhões de bebês em todo o mundo nascem prematuros, considerando ao tempo de gestação (cedo demais) e o seu tamanho ao nascer, resultando em adoecimento e necessitando de cuidados especializados para sobreviver¹. Juntamente com a UNICEF, têm sido discutidos e apontadas situações preocupantes que envolvem a saúde do bebê e as estratégias de cuidado. Destacam-se:

- a responsabilidade coletiva frente ao cuidado de qualidade;
- aponta que complicações relacionadas à prematuridade respondem pelo maior risco de morte e incapacidade entre os recém-nascidos (RNs) como lesão cerebral durante o parto, infecção bacteriana grave, icterícia e/ou condições congênitas;
- a garantia de uma cobertura universal de saúde para que os recém-nascidos tenham acesso aos serviços de saúde dos quais precisam, sem considerar dificuldades financeiras;
- a oferta de um tratamento especializado, aos RNs que sobrevivendo à prematuridade, enfrentam doenças crônicas ou problemas de desenvolvimento;
- estratégias inteligentes executadas pela equipe de saúde durante o trabalho de parto e o nascimento dos RNs, identificando precocemente problemas relacionados ao desenvolvimento.

Outro estudo divulgado pela OMS, descrito por Ribeiro et al.¹, mostrou ainda que 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo, sendo que mais de um milhão deles morrem dias após o parto. Para Ribeiro et al.¹, a prematuridade pode ser classificada de acordo com sua evolução clínica em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas ou fetais e o fator de risco é geralmente conhecido, corresponde a 25% dos nascimentos prematuros. Fleck e Piccinini² apontam que os fatores que causam a prematuridade nos bebês ainda são desconhecidos, mas observaram que as mães que tiveram seus filhos

antes do tempo tinham problemas no trabalho, problemas conjugais e sofriam com o estresse.

Araújo et al.³, descrevem uma prevalência de nascimentos prematuros em países desenvolvidos como a França ainda é de 6%, nos Estados Unidos é de 11% e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7%. A prevalência de baixo peso ao nascer é de 9,2% no Brasil, 3,3% na Dinamarca, 30% na Índia e 7% nos Estados Unidos. Este autor pontuou, no entanto, ter havido um significativo avanço na medicina e tecnologia³.

De acordo com Pinto⁴, a prematuridade constitui uma situação excepcional tanto para a criança como para seus pais, pois implica no aumento de diversos fatores de vulnerabilidade frente aos distúrbios de desenvolvimento, compreendidos à partir de influências biológica, ambiental e social. Ramos e Cuman⁵, acrescentaram que a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Gera um alto custo social e financeiro, exige uma específica estrutura assistencial, capacidade técnica e equipamentos que nem sempre disponíveis, afetando diretamente na estrutura familiar.

É fortemente necessário considerar que alguns RNs precisam de assistência especializada em razão das condições clínicas, como prematuridade, malformações, asfixia perinatal, infecções congênitas entre outras. Eles necessitam de um ambiente apropriado, com recursos tecnológicos e humanos adequados, para garantir o tratamento e restabelecimento, pois o RN prematuro (RNPT) pode necessitar de permanência na hospitalização para que se adapte ao ambiente extra-uterino de forma independente¹.

Almeida et al.⁶, reportaram que a sobrevivência de RNPT vem tornando frequente a ocorrência de morbidade, retinopatia da prematuridade, displasia broncopulmonar, apneia da prematuridade, entre outras enfermidades. Andrade et al.⁷ acrescentaram que o aumento da sobrevivência de RNs com peso e idade gestacional progressivamente mais baixos, tem sido relatado na literatura mundial como um fator relacionado ao desenvolvimento de novas técnicas de cuidados intensivos neonatais.

Ribeiro et al.¹ também destacaram os avanços da tecnologia aplicada à assistência neonatal, que permitiu um aumento da sobrevivência de prematuros cada vez menores. De acordo com esses autores, o surgimento das modernas Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) equipadas com tecnologia bastante avançada, é um marco na assistência ao RN de risco, contribuindo para sua sobrevivência e tendo como foco da assistência principalmente os aspectos biológicos. As UTIN constituem ambientes terapêuticos apropriados para tratamento do RN em

¹Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS Brasil), Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos. Disponível na Internet: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5821:quase-30-milhoes-de-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-de-tratamento-para-sobreviver-todos-os-anos&Itemid=820, acessado em 03 de junho de 2020

estado grave e além de tecnologia de ponta e equipamentos diversificados, conta com profissionais altamente capacitados e protocolos específicos para assistência ao RN.

As iniciativas de humanização da assistência têm apontado a importância de articulação da qualidade técnica da atenção dispensada com as tecnologias de acolhimento e suporte aos pacientes. Estas iniciativas têm se apresentado em diversos campos de atenção, mas foram inicialmente implantadas no cuidado ao parto e ao recém-nascido⁸.

De acordo com Pereira, Carvalho e Ykeda⁹, as UTINs são muito importantes para a sobrevivência dos neonatos, mas ao mesmo tempo é um ambiente muito estressante, pois o paciente é submetido a estímulos dolorosos constantemente. Em média 16 estímulos diariamente, a maioria sem medidas de controle da dor, na realização de processos invasivos e não invasivos de diagnóstico e intervenção que são necessários para sua sobrevivência. Souza e Ferreira⁸ reforçam que o ambiente físico de uma UTIN é estressante, não somente para os bebês, mas também para suas famílias. Os equipamentos, os alarmes e as luzes, entre outros componentes, acabam acarretando muita ansiedade para os bebês, para a família e até para os profissionais de saúde que atuam neste ambiente.

Assim, são recomendadas algumas modificações no ambiente para melhorar a vivência do bebê na UTIN como: diminuir o nível de ruído e som, reduzir a quantidade de luz, dar maior atenção ao posicionamento do bebê, utilizar tratamentos menos estressantes, reduzir o número de vezes em que o bebê é manipulado, usando a perspectiva dos toques mínimos, preservar a temperatura em um ambiente termo-neutro, evitando aberturas prolongadas de incubadoras e exposições repetidas do bebê ao frio⁸. Cruvinel e Pauletti¹⁰ reforçam a importância das recomendações a serem adotadas para tornar as UTINs mais adequadas aos RNs, priorizando as abordagens que promovam ações humanizadas. Dentre estas recomendações, o Método Mãe Canguru (MMC) vem sendo fortemente recomendado.

Busca-se assim, nesta revisão de literatura, abordar o MMC como proposta de manejo terapêutico de RNPTs, destacando os seus benefícios e a sua contextualização no processo de humanização dentro das UTINs.

2. O Método Mãe Canguru (MMC)

O MMC, originariamente proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia, em 1978 e adaptado para a realidade brasileira em 2002, sendo um exemplo da implantação do modelo de cuidado humanizado no campo neonatal. Este método promove atenção

humanizada ao recém-nascido de baixo peso e gera um conjunto de ações na assistência que envolve o paciente, sua família e os profissionais de saúde⁸. Adicionalmente, ele é capaz de promover o contato pele a pele do RN com os pais, além de permitir o aumento do vínculo materno, menor tempo de separação, estímulo ao aleitamento materno, maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho, melhor controle térmico, menor permanência hospitalar¹⁰.

Lamy¹¹ refere-se a este método como uma abordagem que oferece um cuidado e atenção prolongada entre qualquer pessoa da família em seu RN que apresenta qualquer anomalia. Esse processo de atenção se inicia na maternidade precisando se dar continuidade após a alta até completar 40 semanas de idade gestacional. Lamy¹¹ sinaliza, entretanto, que o MMC não substitui a terapia intensiva das unidades neonatal, e nem a mãe substitui a incubadora, considerando ainda que o método consiste em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição supina (postura preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar), mantendo os RNPTs aquecidos com o calor do corpo de sua mãe (Figura 1). Assim, estes RNPTs poderiam sair mais cedo da incubadora e, conseqüentemente, ir mais cedo para casa, minimizando problemas como superlotação e infecção.

O MMC recebeu esta denominação devido à posição vertical do RNPT sobre o peito da mãe, de um dos pais ou de um familiar, iniciando com o toque e evoluindo progressivamente para a posição canguru (contato pele-a-pele), respeitando-se os limites dos pais e RNPT¹².



Figura 1: Ilustração do Método Mãe Canguru (MMC)

3. Metodologia

Esta pesquisa foi desenvolvida de forma descritiva e apresentou uma abordagem qualitativa, através da revisão da literatura disponível em livros e artigos científicos recentes, publicados na base de dados Scielo. Foram estabelecidas as seguintes palavras-chave como descritores: “Fisioterapia”, “Método Canguru”, “Neonatologia” e “Humanização da Assistência”, de acordo com os Descritores em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

4. Resultados

Após a consulta em artigos científicos e livros, inúmeros benefícios fisiológicos do MMC foram apontados e podem ser encontrados na Tabela 1.

Para Azevedo et al.¹³, o MMC é normalmente aplicado em RNs que respiram por si só sem precisar de nenhum suporte. Porém, contextos afirmam que o método também pode ser utilizado em RNs que necessitam do suporte ventilatório. Os autores afirmam que o método pode ser benéfico em RNs que necessitam de oxigênio complementar, uma vez que a posição vertical aumenta a eficácia do diafragma e da função pulmonar, favorecendo a oxigenação e promovendo estabilidade cardiorrespiratória¹⁶.

Almeida et al.¹⁴ consideraram que para a implementação desta intervenção são necessários:

- o treinamento da equipe de saúde;
- o contato pele a pele e controle térmico;
- o aleitamento materno;
- a atenção para a interrupção do MMC quando o RN conseguir mamar no peito sugando adequadamente e ganhando peso, quando houver instabilidade térmica na posição canguru ou quando houver um adequado *follow-up*.

Diversos autores em concordância com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹⁶ chamam atenção para a execução do MMC de forma eficaz e padronizada. Segundo eles, o MMC deve seguir três etapas, como demonstrado na Tabela 2.

Toma¹⁸ orienta que após a iniciação do método, amarra-se o bebê junto ao corpo da mãe com uma faixa, de modo a permitir que as mãos dela fiquem livres. O bebê permanece junto ao colo materno pelo maior tempo possível e a mãe é orientada a dormir sempre com a cabeceira elevada a cerca de 45 graus. Os pais e os avós são estimulados a realizar o MMC quando vêm visitar o bebê.

Maia et al.¹⁵ reforçaram também que a família dos RNs também deve ser cuidada neste contexto de intervenção do MMC. Os pais devem estar seguros, capazes de aplicar o MMC e comparecer às consultas de acompanhamento regularmente. A família

deve ter bastante disciplina, compromisso, disponibilidade, motivação e confiança.

5. Considerações Finais

Após a realização desta revisão bibliográfica, é possível concluir que a humanização é de extrema importância dentro da UTIN e que auxilia no bem estar do RN e de sua família. Diante disso, deve ser reforçada a aderência desta maneira de intervir por todos os hospitais.

Adicionalmente, o MMC é comprovadamente capaz de promover benefícios fisiológicos importantes ao RN e um melhor desenvolvimento psicomotor. O MMC proporciona assim, o bem-estar ao RN e aos seus familiares, através da aproximação e participação dos cuidados com o mesmo. Além disto, o MMC permite que o seu tempo de exposição na UTIN seja reduzido.

Referências

- J. F. Ribeiro, L. L. C. Silva, V. L. E. S. Luz I. L. Santos, e D. M. M. Coêlho. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(10):3833–3841, 2016.
- A. Fleck e C. A. Piccinini. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40:14–30, 2013.
- D. M. R. Araujo, N. L. Pereira, e G. Kac. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4):747–756, 2007.
- E. B. Pinto. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1):76–85, 2009.
- H. A. C. Ramos e R. K. N. Cuman. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery*, 13(2):297–304, 2009.
- T. S. O. Almeida, R. P. Lins, A. L. Camelo, e D. C. C. L. Mello. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(3):301–308, 2013.
- L. B. Andrade. Avaliação do teste de respiração espontânea na extubação de neonatos pré-termo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(2):159–165, 2010.
- K. M. O. Souza e S. D. Ferreira. Assistência humanizada em uti neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):471–480, 2010.
- S. A. Pereira, M. G. S. Carvalho, e D. S. Ykeda. Desafios da humanização na neonatologia e na pediatria. In: J. A. Martins, C. M. Nicolau, e L. B. Andrade, editors, *PROFISIO – Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva*, volume 4. Artmed, Porto Alegre, RS, 2015.
- F. G. Cruvinel e C. m. Pauletti. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 9(1):102–125, 2009.
- Z. C. Lamy. Metodologia canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na uti neonatal. In: FIOCRUZ, editor, *Quando a Vida Começa Diferente: o Bebê e sua Família na UTI Neonatal*, pages 141–156. M. E. L. Moreira and N. A. Braga and D. S. Morsch, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

Tabela 1: Benefícios do Método Canguru aos RNPTs.

Autor e Ano	Benefícios do MMC
Azevedo et al. ¹³	Estabilização cardiorrespiratória (aumento da frequência cardíaca Regulação da frequência respiratória e melhora da oxigenação) Termorregulação Favorecimento do aleitamento materno exclusivo
Almeida et al. ¹⁴	Redução do índice de mortalidade de RNPT de baixo peso Melhora no sono (mais prolongado) Efeito analgésico pela liberação de endorfinas Melhora da relação da mãe e o RN
Maia et al. ¹⁵	Fortalecimento do vínculo entre pai, mãe e filho Aleitamento materno Melhora no desenvolvimento físico e emocional do bebê Redução do risco de infecção perinatal Melhora na estabilidade térmica e respiratória do RN Diminuição do tempo de internação Promoção da integração precoce entre o bebê e sua família

Tabela 2: Etapas de execução do MMC.

Etapa	Execução	Referência
1 ^a	Primeiro período de internação na UTIN. Neste local a família deve receber informações sobre o desenvolvimento do MMC. A equipe deve ajudar na aproximação entre o RN e seu familiar	Maia et al. ¹⁵
2 ^a	Exige uma estabilidade clínica do RN, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250g. Nesta etapa é necessário que a mãe e família tenham conhecimento para perceber as alterações possíveis que possam ocorrer com o RN, além de ter disponibilidade para permanecer no hospital. É considerado um estágio para alta hospitalar e é que mais exige da mãe e da família	Oliveira ¹⁷
3 ^a	Começa quando o RN recebe alta hospitalar e se caracteriza pelo seu acompanhamento e da família no ambulatório. Incentiva-se a continuidade da assistência, individualizado buscando observar o desenvolvimento global do RN	Azevedo et al. ¹³

[12] C. R. G. Marques, I. L. F. Neris, M. V. A. Carvalho, M. O. Menezes, e Y. A. C. Ferrari. Metodologia canguru: benefícios para o recém-nascido pré-termo. *Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(3):65–78, 2016.

[13] V. M. G. O. Azevedo, A. F. Calixto, e L. R. Abreu. *Efeitos da Posição Canguru no Sistema Cardiorrespiratório de Recém-nascidos Pré-termo*. Artmed, Porto Alegre, RS, 2017.

[14] C. M. Almeida, A. F. N. Almeida, e E. M. P. Forti. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1):1–5, 2007.

[15] J. A. Maia, M. P. Oliveira, S. S. Furtado, L. M. Silva, e M. L. B. Pereira. Método canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. *Enfermagem em Foco*, 2(4):231–234, 2011.

[16] Brasil. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru: Manual Técnico*. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2a edição, 2013.

[17] M. C. Oliveira. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 28(3):387–393, 2015.

[18] T. S. Toma. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2):S233–S24, 2003.

Notas Biográficas

Alice dos Santos da Silva é fisioterapeuta, graduada pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0002-3879-0402](https://orcid.org/0000-0002-3879-0402).

Juliana Pereira Costa é fisioterapeuta, graduada pela Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0001-8610-9733](https://orcid.org/0000-0001-8610-9733).

Jaildes Vieira de Menezes é fisioterapeuta e docente no curso de fisioterapia da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0002-1551-3605](https://orcid.org/0000-0002-1551-3605).

Viviany Dias Gandra é fisioterapeuta, mestre e doutora pelo Programa de Engenharia Biomédica do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE-UFRJ) e docente no curso

de fisioterapia da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0001-5811-4826](https://orcid.org/0000-0001-5811-4826).

Thainná Dias Nunes Rodrigues é fisioterapeuta e docente no curso de fisioterapia da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0001-8040-3122](https://orcid.org/0000-0001-8040-3122).

Francisco José Salustiano da Silva é fisioterapeuta, mestre em Psicologia Social, membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ABRASFIPICS), coordenador e docente no curso de Fisi-

oterapia da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). ORCID: [0000-0002-7681-8541](https://orcid.org/0000-0002-7681-8541).

Laisa Liane Paineiras-Domingos é fisioterapeuta e psicóloga, mestre em Saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ, doutora em Ciências pela Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ), docente no curso de fisioterapia da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA) e pesquisadora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). ORCID: [0000-0003-3451-5056](https://orcid.org/0000-0003-3451-5056).