

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

BÁRBARA DE SOUZA COELHO LEGNARO

**USO DA POSIÇÃO CANGURU EM DOMICÍLIO:
PERCEPÇÃO DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**

SÃO CARLOS
2021

BÁRBARA DE SOUZA COELHO LEGNARO

**USO DA POSIÇÃO CANGURU EM DOMICÍLIO:
PERCEPÇÃO DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de São Carlos
(UFSCar) para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

SÃO CARLOS
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bárbara de Souza Coelho Legnaro, realizada em 22/06/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monika Wemet (UFSCar)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Beatriz Castanheira Facio (UNIP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.
O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RESUMO

A posição canguru é uma estratégia de cuidado indicada para crianças nascidas pré-termo, assim como para aquelas de baixo peso ao nascer. É uma das estruturantes do Método Canguru, porém pode ser adotada isoladamente. O uso da posição está reconhecido como uma tecnologia de assistência neonatal de baixo custo e com desfechos relevantes à saúde, sobrevivência e ao desenvolvimento da criança, além de favorecer o vínculo pais-criança e a parentalidade. Seu uso, no Brasil, está concentrado no ambiente hospitalar e de modo integrado ao Método Canguru, apesar de ser também recomendada para os tempos após a alta hospitalar. O objetivo deste estudo foi o de analisar a percepção de mães de crianças nascidas pré-termo e/ou baixo peso quanto ao uso da posição canguru em domicílio. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de entrevista não estruturada, sob os referenciais do Interacionismo Simbólico e da Análise Temática. Apresenta-se a análise de entrevistas junto as 10 mulheres, mães de crianças nascidas prematuras e/ou baixo peso, que incorporaram o uso da posição canguru no cotidiano por, no mínimo, uma hora por dia. Todas as mulheres residiam na região centro-leste do estado de São Paulo. Os temas ‘Espera apreensiva para cuidar da criança’, ‘Arranjos e sentimentos no uso da posição canguru’ e ‘Serviços de saúde e a fé’ organizaram a apresentação dos resultados analíticos obtidos. Eles revelaram que, a partir da descoberta de ser a gestação de alto risco medos e angústias relacionadas ao desfecho instauram-se. Histórias prévias de perdas gestacionais de crianças vividas anteriormente são rememoradas. O nascimento da criança promove alegria e alívio, com crescente esforço em prover o melhor cuidado à sua criança. A posição canguru é concebida como estratégia de cuidado própria para a condição da criança, entendimento que sustenta sua opção pelo uso. Foram apresentadas as interações sociais, sobretudo ao longo dos tempos vividos na internação da criança, que levaram as mulheres a questionarem sobre suas competências para cuidar da criança, assim como imputaram sentimentos que, no conjunto, trazem apreensão para a assunção desse cuidado. No alojamento conjunto não há tematização da posição canguru, enquanto que na unidade neonatal este esteve presente. Ao longo da prática da posição canguru em domicílio notou-se os benefícios, com destaque ao empoderamento e segurança para o cuidado e a promoção da inserção do companheiro/pai da criança no mesmo. Para ocorrer o uso ajustes no cotidiano familiar foi um diferencial ter o suporte da rede de atenção básica, fazendo toda a diferença na efetividade do cuidado parteral e no uso da posição canguru. Porém, foi incipiente a proximidade dos profissionais/serviços de saúde da atenção básica a essas mulheres que demonstraram o desejo do apoio. O suporte profissional, neste contexto, assinalou fragilidades quanto a consideração da posição canguru no cuidado a essas mulheres, crianças e famílias, desde os tempos de pré-natal. A enfermagem esteve mencionada na unidade neonatal e na pessoa de enfermeiras visitantes, com indicativas de ser premente ampliar e qualificar sua presença e compromissos no suporte a mulher e família que gesta e cuida de criança nascida pré-termo e/ou de baixo peso. A passagem pelo período puerperal foi descrita como solitária e sofrida, quando o profissional pode ser um diferencial na promoção e alcance de conforto e satisfação a essas mulheres. O uso da posição canguru efetivou-se como um propulsor do alcance do senso de satisfação e segurança no cuidado à criança em domicílio.

Palavras-chave: Método Canguru; Posição Canguru; Recém-Nascido Prematuro; Recém-Nascido de Baixo Peso; Enfermagem.

ABSTRACT

The kangaroo position is a care strategy indicated for children born preterm, as well as for those with low birth weight. It is one of the structuring of the Kangaroo Method, but it can be adopted in isolation. The use of position is recognized as a low-cost neonatal care technology with relevant outcomes for the child's health, survival and development, as well as favoring the parent-child bond and parenthood. Its use in Brazil is concentrated in the hospital environment, although it is also recommended for times after hospital discharge. To analyze the perception of mothers of preterm and/or low birth weight children regarding the use of the kangaroo position at home. This is a qualitative research, developed through an unstructured interview, under the references of Symbolic Interactionism and Thematic Analysis. It presents the analysis of interviews with 10 women, mothers of children born prematurely and/or underweight, who incorporated the use of the kangaroo position in their daily lives, for at least one hour a day, in line with the model's recommendations. All women resided in the Center-East region of the state of São Paulo. The themes 'Apprehensive waiting to take care of the child', 'Arrangements and feelings in using the kangaroo position' and 'Health services and faith' organize the presentation of the analysis developed. In these revealed that from the beginning of the pregnancy, when they discover it to be a risky pregnancy, the stories of loss of children previously experienced and birth unexpectedly, bring these women feelings of fear and anguish with the pregnancy outcome, but at the same time of joy and relief upon receiving the child. The kangaroo position is conceived as a proper care strategy for the child's condition, an understanding that supports their choice to use it. Social interactions are presented, especially throughout the times experienced in the child's hospitalization, which lead women to question their skills in caring for the child, as well as attributing feelings that together bring apprehension to the assumption of this care. In rooming-in there is no thematization of the kangaroo position, while in the neonatal unit it is present. During the practice of the kangaroo position at home, they perceive the benefits, with emphasis on empowerment and security for care and promoting the inclusion of the child's partner/father in it. For the use of adjustments in the family routine is a differential and having the support of the primary care network makes all the difference in the effectiveness of the pareral care and in the use of the kangaroo position, but the proximity of primary care professionals/health services is incipient to these women who demonstrate the desire for this support. the professional support in this context indicates weakness regarding the consideration of the kangaroo position in the care of these women, children and families, since the prenatal period. Nursing was mentioned in the neonatal unit and in the person of the visiting nurses, with indications that it is urgent to expand and qualify its presence and support, which makes the passage through the pueperal period to be less lonely and painful, promoting the achievement of comfort and satisfaction to these women, who have in the use of the kangaroo position a propellant.

Keywords: Kangaroo Method; Kangaroo Position; Premature Newborn; Low Birth Weight Newborn; Nursing.

LISTA DE ABREVIACÕES

- AB – Atenção Básica
- AC – Alojamento Conjunto
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AM - Aleitamento Materno
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AT – Análise Temática
- BP - Baixo Peso
- BPN - Baixo Peso ao Nascer
- CCF – Cuidado Centrado na Família
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- IG - Idade Gestacional
- IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IMIP – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
- IS - Interacionismo Simbólico
- MC- Método Canguru
- MS – Ministério da Saúde
- NAHRNBP – Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso –Método Canguru
- NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
- OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde
- PNH - Programa Nacional de Humanização
- PT- Pré-Termo
- RN - Recém-nascido
- RNPT - Recém-Nascido Pré-Termo
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UCIN - Unidade de Cuidados Intermediarios Neonatal
- UCINCa - Unidade de Cuidados Intermediarios Neonatal Canguru
- UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNICEF – Fundo das Nações Unidas pela Infância

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

A CAMINHADA ATÉ O ESTUDO	8
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 MÉTODO CANGURU, POSIÇÃO CANGURU: HISTÓRICO E CONTRIBUIÇÕES	9
1.2 PREMATURIDADE, BAIXO PESO AO NASCIMENTO E A ATENÇÃO EM SAÚDE PÓS ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA.....	11
1.3 EMPODERAMENTO DE PAIS E FAMÍLIAS DE RNPT E/OU DE BP	15
1.4 CONTATO PELE A PELE E PANDEMIA POR COVID-19.....	18
1.5 QUESTÃO DO ESTUDO E JUSTIFICATIVA.....	20
2 OBJETIVO	22
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE ESTUDO	23
3.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES	23
3.3 ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS E SEU ENCERRAMENTO	25
3.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	25
3.5 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	47
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	64
APÊNDICE A	64
ANEXOS	67
ANEXO A	67

A CAMINHADA ATÉ O ESTUDO

Desde quando iniciei o curso técnico em enfermagem, na Escola Técnica Estadual Dr. Francisco Nogueira de Lima em Casa-Branca – SP, tinha o desejo de ser enfermeira e atuar na área da saúde materno-infantil. Sempre pensava sobre a complexidade dos eventos que circundam o gestar, parir, tornar-se pais, cuidar de uma criança, proteger e promover seu desenvolvimento. Hoje, percebo que já refletia considerando os preceitos da humanização, do cuidado integral e a complexidade envolvida no contexto da atenção em saúde a essa população.

Em 2013, iniciei a graduação em Enfermagem, na Universidade de São Paulo em Ribeirão-Preto – SP, e, durante todo o curso, segui com grande interesse e atenção os temas do cuidado à saúde da mulher nos períodos gravídico e puerperal, bem como aqueles direcionados à saúde de recém-nascidos. Envolvi-me com a liga de cuidados da criança e do adolescente com intenção de aprofundar conhecimentos na área da saúde materno-infantil. Já formada enfermeira, minha primeira oportunidade de emprego foi como professora em curso profissional de técnico em enfermagem, especificamente nas disciplinas de saúde da criança e do adolescente e de saúde da mulher. Busquei o Mestrado com a intenção de dar continuidade a minha formação e melhor explorar questões relacionadas ao cuidado integral na atenção materno-infantil. Durante a fase de delineamento do projeto de pesquisa, entrei em contato com o estudo de Ana Izaura Basso de Oliveira, o qual despertou-me grande interesse e atenção. Diante da necessidade de composição de equipe para ele, disponibilizei-me e iniciei a busca por um recorte de meu interesse. O projeto estava, à época, intitulado “*Suporte domiciliar do enfermeiro e uso da posição canguru na construção da autoeficácia materna: Estudo de Casos Múltiplos.*” Aproximar-me dos bastidores do estudo e das intenções me fizeram me perguntar acerca da percepção das mães sobre a adoção da posição canguru em domicílio. Como foi decidir pelo seu uso? Como tem sido incorporar o uso da posição no cotidiano? O que a limita? Quais são os intervenientes que surgem nesse caminhar? Meu desejo é que este estudo contribua com o cuidado em domicílio desta mulher e mãe, família e recém-nascido.

Boa leitura,

Bárbara.

1 INTRODUÇÃO

1.1 MÉTODO CANGURU, POSIÇÃO CANGURU: HISTÓRICO E CONTRIBUIÇÕES

A posição canguru consiste na colocação do recém-nascido (RN) em decúbito prono, ou seja, posição vertical, junto do tórax de um adulto, usualmente pai, mãe ou familiar. Apesar de poder ser utilizada de forma independente, é comum sua adoção estar inserida na atenção ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso (BP), especificamente no Método Canguru (MC). Ela é um dos estruturantes do MC, porém pode ser concebida isoladamente como uma tecnologia de assistência neonatal leve, de baixo custo e com desfechos relevantes à saúde, sobrevivência e ao desenvolvimento da criança.

Na atualidade, o método é considerado como uma intervenção/tecnologia neonatal e não apenas um substituto da incubadora. Seus benefícios fisiológicos, desenvolvimentais e de vinculação estão amplamente descritos na literatura (SPEHAR; SEIDL, 2013; SOUSA et al., 2016), bem como seus efeitos aos pais em relação ao ganho de tranquilidade, à calma e segurança para o cuidado da criança no hospital e em domicílio (SOUSA et al., 2016). Os pais também sentem os benefícios e é comum ocorrer uma ampliação e intensificação do uso longitudinalmente (NUNES et al., 2017).

No Brasil, o MC começou a ser iserido em 1990, porém ainda não era considerado uma política de saúde. O primeiro hospital a fazer sua adoção foi o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), e, em seguida, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP).

No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o MC como uma Política de Saúde direcionada aos RNs, em especial aos nascidos PT e/ou BP (BRASIL, 2017). Estudos sinalizam, desde então, inúmeros benefícios de sua adoção, com destaque para a promoção do aleitamento materno (AM), vínculo entre pais e criança (COSTA et al., 2015; SANTOS; AZEVEDO, 2016), contexto favorável ao desenvolvimento infantil (COSTA et al., 2015; SANTOS; AZEVEDO, 2016), promoção do desenvolvimento da autoeficácia materna e paterna (SANTOS; AZEVEDO, 2016); contribuição junto ao controle de infecções e dor quando tem seu uso no hospital (COSTA et al., 2015; SANTOS; AZEVEDO, 2016) e redução na morbimortalidade neonatal e infantil (COSTA et al., 2015; SANTOS; AZEVEDO, 2016). Ele é comprovadamente capaz de promover repercussão à vida e ao desenvolvimento da criança (BOUNDY et al., 2016).

O MC está organizado e efetivado em três etapas: a primeira, com recomendação para ser iniciada no pré-natal, podendo ainda ser iniciada quando a criança está na unidade neonatal, onde direciona-se a introduzir os pais e a família ao contexto da prematuridade/BP e das particularidades do cuidado a essa criança. Deve estimular e promover o contato direto dos pais

e das família com a criança. Na segunda etapa, o foco está em promover ampla presença/permanência da mãe/pai/membro familiar junto à criança, inclusive com envolvimento em seu cuidado. Para tanto, recomenda o amplo uso da posição canguru com promoção do contato pele a pele. Sua ocorrência é usual em Unidade de Cuidados Intermediarios Neonatal (UCIN) ou Unidade de Cuidados Intermediarios Neonatal Canguru (UCINCa). A terceira etapa consiste na continuidade do uso da posição canguru com promoção do contato pele a pele em domicílio, ou seja, após a alta hospitalar da criança (BRASIL, 2019).

Ocorre que a continuidade do uso da posição canguru, após a alta da criança, tem sido um desafio no cenário brasileiro, quando as discussões concentram-se no suporte lacunar do profissional de saúde nessa etapa (FERREIRA et al., 2019; SANTOS et al., 2017; CHAGAS et al., 2017). A exemplo, um estudo realizado com mães de RNPT e/ou BP identificou que apenas 11,6% receberam a visita domiciliar (VD) dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e sinalizou a falta de envolvimento e conhecimento dos profissionais da saúde no que tange o MC no contexto da APS (FERREIRA et al., 2019).

A proposta do MC tem seu primórdio em Bogotá, Colômbia, quando o número insuficiente de incubadoras para internações neonatais acabou por determinar a tentativa de adotar o colo materno com colocação do RN em contato pele a pele como recurso para o aquecimento da criança. Os resultados foram satisfatórios e agregados de outros benefícios, os quais seguem sendo apontados quando o método é praticado: fortalecimento no vínculo mãe-criança, contribuições para o aleitamento materno (AM), sensação materna de proteção ao RN e maior segurança materna para o cuidado da criança (COLARES et al., 2015; DEFILIPO et al., 2017; SOUZA et al., 2018).

Nos anos de 1997 teve um aumento de hospitais que incorporaram sua adoção, entre as estratégias de cuidado aos RN críticos, em especial no contexto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que é uma estratégia lançada no mundo todo pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF). Em 2017, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) completou 25 anos, tendo sido um grande marco histórico na saúde da criança. Esta é considerada uma das estratégias mais amplas ao incentivo do aleitamento materno, assegurando a prática e evitando o desmame precoce. Suas diretrizes foram ampliadas à saúde da mulher e aos recém-nascidos em unidades neonatais, tendo acompanhamento desde o pré-natal, parto, nascimento, alta e atendimento ambulatorial até os dois anos de vida. Junto ao método canguru, a IHAC reduz o tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares, dentre outros benefícios à criança e família (LAMOUNIER et al., 2019).

A finalidade da IHAC é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, assim como incentivar o contato imediato pele a pele, sendo uma das estratégias que mais colabora para a diminuição da mortalidade e morbidade infantil, entre crianças menores de cinco anos por causas evitáveis. Além de repercutir ao longo da vida da criança e contribuir para a saúde da mulher, pressupõem-se que o contato pele a pele tem sido praticado na primeira hora após o parto com os bebês que nascem em maternidades que detêm a IHAC, porém apenas 317 hospitais no Brasil foram certificados, em 2019, tendo uma queda, deixando a desejar que outras instituições realizassem essa interação entre o binômio precocemente (LAMOUNIER et al., 2019).

Apesar de todas as vantagens, no conjunto, o uso do MC ainda está aquém. O estudo realizado por Chagas (2017) identificou que apenas 34,5% das maternidades do Brasil cumprem com as três etapas e ainda destacou ser a terceira etapa a mais lacunar. A realidade desafiadora se mantém em cenário estatal, tendo São Paulo um percentual de 46,6% de maternidades que incluem as três etapas (CHAGAS et al., 2017).

Diante do exposto acima, favorecer o uso da posição canguru, após a alta hospitalar da criança, é uma possibilidade de ampliar a saúde e vida da criança, quando está prospectado aos profissionais de saúde a colaboração e suporte aos pais e/ou à família.

1.2 PREMATURIDADE, BAIXO PESO AO NASCIMENTO E A ATENÇÃO EM SAÚDE PÓS ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA

Dentre as condições de nascimento que podem vir a determinar necessidades diferenciadas de saúde e chances aumentadas de intercorrências de saúde estão o BP e a PT. A primeira é caracterizada pelo peso inferior a 2.500 gramas ao nascimento e considerada um fator determinante na apreciação da saúde, adoecimento e sobrevivência do RN (FROTA et al., 2019). A segunda é definida pelo nascimento em idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2017) e também está associada às intercorrências de saúde. RNs PTs são habitualmente subclassificados em pré-termo extremo (nascimento com idade gestacional de até 28 semanas), muito pré-termo (nascimento com idade gestacional de 28 a 31 semanas e 6 dias), pré-termo moderado (nascimento com idade gestacional de 32 a 33 semanas e 6 dias) e pré-termo tardio ou limítrofe (nascimento em idade gestacional de 34 a 36 semanas e 6 dias). Quanto mais precoce o nascimento e/ou menor o peso ao nascimento, maior tende a ser o impacto sobre a expectativa de vida, adoecimento e mortalidade.

A OMS estima que nasçam, por ano, no mundo, cerca de 30 milhões de crianças prematuras (OMS, 2018) e 20 milhões de RN de BP (OMS, 2017). No Brasil, RNs prematuros

e de BP representaram, respectivamente, 11,1% (n=315.831) e 8,7% (n=247.856) do total de nascidos-vivos (n=2.849.146), em 2019 (DATASUS, 2020). Esse cenário é preocupante, pois, de acordo com previsões do UNICEF (2018), crianças PT e/ou de BP estarão entre as mais vulneráveis em termos de mortalidade até os cinco anos de vida e de mortalidade neonatal (0 a 28 dias de vida) nas próximas décadas. No Brasil, esse risco se exemplifica na constatação de que a prematuridade esteve associada a 70% dos óbitos infantis, no ano de 2015 (OLIVEIRA, 2015). Ademais, RNs de risco têm maior propensão para alterações no desenvolvimento com impactos na aprendizagem, tempo de amamentação e risco de doenças crônicas (COUTINHO et al., 2016).

Como ambas as condições são associadas à morbimortalidade infantil, sobretudo no primeiro ano de vida, elas devem ser consideradas como potenciais ‘problemas de saúde pública’ (OMS, 2018). Isso implica na identificação e atuação sobre os fatores que predispõe a tais ocorrências. Dentre esses, pode-se citar residência em área rural, condições socioeconômicas limítrofes e/ou pré-natal lacunar (CARVALHO; OLIVEIRA, 2019).

Considerando-se especificamente a prematuridade, destacam-se também as alterações placentárias, extremos de idade materna, uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, primiparidade, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, diabetes e infecções do trato urinário. Os desfechos positivos são associados ao acesso oportuno à assistência especializada e à disponibilidade de uma estrutura apropriada, isto é, equipe de saúde capacitada, equipamentos e instalações adequadas (BRAZ, 2019).

O seguimento dessas crianças, portanto, é indicado com o objetivo de realizar intervenções precoces e oportunas de forma a garantir sua saúde, seu crescimento e desenvolvimento (WHO, 2019). Porém, a transição das crianças nascidas PT e/ou BP vem ocorrendo sob um cuidado fragilizado (FROTA et al., 2013; COUTO; PRAÇA, 2012) e as famílias ficam desamparadas do suporte da atenção em saúde. Um estudo, desenvolvido na região norte do Brasil, revelou desconhecimentos de coordenadores da APS acerca da coordenação do cuidado ao RNPT (SOLANO et al., 2019).

Sumariamente, entende-se que o profissional da APS deve, não apenas atuar no cuidado pós-parto, ter um olhar direcionado a toda família, de modo que suas necessidades sejam abordadas de maneira natural, com tempo e disponibilidade para o ensino e compartilhamento de conhecimentos sobre os cuidados com RNPT e/ou de BP (FONTES et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2019). Esse processo deve ser vivido em parceria entre hospital e APS, tendo ambos os níveis de atenção um compromisso mútuo e fundamental de dar suporte à mãe, ao pai, à criança e família.

A APS deve garantir o cuidado na fase puerperal, lançando uso das visitas domiciliares, preferencialmente iniciadas entre o sétimo e o décimo dia de puerpério, e complementadas por uma consulta de enfermagem ou médica 42 dias após o parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Ainda, ao direcionar para a criança nascida de risco, como é o caso da criança PT e/ou BP ao nascer, o seguimento em saúde daquele que fez uso de unidade neonatal está organizado, idealmente, para ocorrer na forma de 3 retornos na primeira semana (um no hospital, um na atenção básica e outro no domicílio), 2 retornos na segunda semana e 1 retorno da terceira semana em diante. A recomendação é que o acompanhamento seja mantido até que a criança atinja 2.500 gramas ou 40 semanas de idade gestacional corrigida. Porém, os prazos e a frequência das consultas podem ser adaptados conforme à capacidade de cada serviço.

A atuação da APS é de especial importância nessa chegada ao lar, pois um dos empecilhos para uma transição bem sucedida ao domicílio é a própria visão da mãe/família sobre o cuidado da criança. Isso porque, durante toda a internação do bebê, as mães se tornam muito vinculadas às equipes especializadas e corriqueiramente passam a crer que apenas os profissionais de saúde são capazes cuidar do RN. Esses pais e membros familiares necessitam da proximidade da equipe de saúde, porém ainda há muitos desafios perante a esse suporte (CAETANO; MENDES; REBELO, 2018).

Especificamente no contexto daqueles para quem o MC foi indicado, as principais dificuldades são a falta de busca ativa de RNPT e/ou BP e ausência de diálogo entre a atenção especializada e a atenção primária. Portanto, é preciso que a equipe da APS esteja atenta e sempre verifique se as crianças levadas à unidade básica para vacinas e outros propósitos já estão sendo acompanhadas e faça os agendamentos quando necessário (SOUSA et al., 2016), bem como se estão conseguindo utilizar a posição canguru em domicílio e como isso vem se desenvolvendo.

No puerpério, diante das mudanças hormonais e das demandas nele inseridas, a mulher pode vir a vivenciar labilidade emocional diante de situações desafiadoras relacionadas ao cuidado com o filho, à família e seu lar. Essa instabilidade emocional é um dos motivos que reforça a importância do acompanhamento domiciliar na terceira fase do MC para continuidade do cuidado. Inclusive, a literatura traz que a falta de atuação oportuna nesse momento acarreta readmissão de muitos bebês no ambiente hospitalar (SOUSA et al., 2016).

Os fatores acima podem levar a não continuidade do MC e são fonte de insegurança e medo para as mães, dificultando o uso da posição canguru no domicílio. Mães de RNs PT e de BP são especialmente vulneráveis, uma vez que há maior incidência dessas condições em

primíparas, mulheres de baixo nível educacional, famílias com condições financeiras precárias e mães que necessitam trabalhar (SANTOS et al., 2017).

As famílias que experimentam a parentalidade pela primeira vez sofrem modificações intensas em suas vidas, apresentam maior número de preocupações, incertezas e dúvidas, principalmente, no período do pós-parto e início de ajustamento parental. Nesse momento, a mulher continua a vivenciar diversas emoções, ansiedades, cansaço e perturbações físicas, as quais levam a angústias e incapacidades de resoluções de problemas frente aos conflitos e outros fatores estressantes. Contudo, as dificuldades na adequação dos medos e na necessidade de aprendizado de novas habilidades, devido ao processo de tornar-se mãe, podem ser intensamente mitigadas quando acompanhadas por profissionais de forma acolhedora. Os mesmos devem incentivar a mãe e favorecer a adoção de estratégias, assim como o uso da posição canguru no domicílio, com vistas ao fortalecimento de competências e confiança em tornar-se mãe (CAETANO; MENDES; REBELO, 2018).

O exposto permitiu questionar como mães que optaram por tentar fazer uso da posição canguru em casa vivenciam a situação? Como os profissionais da APS surgem nas percepções dessas mulheres? Estudos ainda são escassos com relação à percepção das mães perante a este assunto. Além disso, a literatura disponível concentra-se na eficácia do método e percepção apenas na primeira fase em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo escassos os estudos que abarquem a terceira etapa (SANTOS et al., 2017).

As famílias vivenciam mudanças na dinâmica diante da chegada da criança nascida PT e/ou BP no domicílio, podendo surgir inseguranças, medos e angustias em dar continuidade ao cuidado sem um auxílio profissional. Assim, a continuidade desse cuidado pela APS, em nível domiciliar, pode servir como um grande aliado às barreiras que as mães, os pais e as famílias enfrentam nessa transição. Ela auxilia na adaptação gradual e com segurança ao processo de “maternagem” e “paternagem”, fortalecendo o envolvimento da família com o recém-nascido em todas as fases do cuidado, seja no banho, no conforto e na troca de fralda e desconstruindo, assim, o sentimento de impotência vivenciado (SANTOS et al., 2017).

Faz-se necessário, dentre outros aspectos, ampliar o olhar para essa terceira fase do MC, dando mais atenção a continuidade do cuidado a essas puérperas e suas famílias no domicílio. Essa atenção contribui para o uso da posição canguru no domicílio, sendo essa extremamente importante para a elevação a sobrevivência, qualidade de vida, desenvolvimento do bebê, aproximação da criança a sua família, segurança da mãe quanto a realização dos cuidados parentais, participação do pai nos cuidados e diminuição de morbidades (SANTOS et al., 2017).

1.3 EMPODERAMENTO DE PAIS E FAMÍLIAS DE RNPT E/OU DE BP

Um dos eixos estruturantes da atenção em saúde desse grupo é a conscientização e empoderamento dos pais e família para o cuidado do RNPT e/ou de BP, com ênfase na utilização da tecnologia leve (COLARES et al., 2015; DEFILIPO et al., 2017; SOUZA et al., 2018). Esse empoderamento e capacitação dos pais e família tem no firmamento de parcerias junto aos profissionais de saúde um diferencial. A esses últimos cabem esforços para assegurar sua presença, além oferta de suporte aos processos que vivenciarão no desenvolvimento dos cuidados a essas crianças (COLARES et al., 2015; DEFILIPO et al., 2017; SOUZA et al., 2018). A tendência é de que a inserção e o suporte precoce dos pais no cuidado de suas crianças nascidas PT e/ou BP aumente a compreensão da situação e favoreça uma relação de confiança, segurança e parceria com os profissionais de saúde, implicando um melhor cuidado da criança (COLARES et al., 2015; DEFILIPO et al., 2017; SOUZA et al., 2018). É essencial a atenção da equipe de saúde, de modo a proporcionar uma atenção qualificada (MEDEIROS et al., 2016).

Nesta direção, destaca-se a aproximação, desde o pré-natal, entre profissionais de saúde e pais/família sempre que os determinantes apontem a possibilidade da ocorrência de um parto prematuro e/ou nascimento de criança de BP. Isso permite pautar, de modo antecipado, algumas questões, a exemplo do MC e a posição canguru que oportuniza contato pele a pele dos pais/família com a criança.

Ressalta-se que o contato pele a pele é um diferencial de qualidade na atenção neonatal, desde aquele provido logo nos primeiros minutos de vida do bebê, tempo esse denominado de Golden Hour ou Hora de Ouro. Essa intervenção precoce traz inúmeros benefícios materno-infantis, como o auxílio na manutenção da temperatura corporal da criança, a dequitação precoce da placenta e o aumento do vínculo mãe-bebê e gera maior tranquilidade materna para o momento experienciado (RUSCHEL et al., 2018). Além do contato pele a pele em si, essa prática pressupõe a amamentação precoce e o clampeamento oportuno de cordão (1 a 3 minutos após o nascimento). Em conjunto, elas auxiliam na formação do vínculo mãe-bebê, na evolução clínica da criança e na adaptação à vida extrauterina (ARRUDA et al., 2018). Adicionalmente, essas medidas podem reduzir o risco de anemia ferropriva nos primeiros 4 a 6 meses de vida, visto que estudos apontam um aumento de 50% nas reservas de ferro dos bebês que foram submetidos a esse cuidado (GOES, 2017).

O aleitamento materno na primeira hora de vida também se mostrou benéfico para a melhor aceitação da amamentação exclusiva e na redução dos índices de mortalidade materna e adoecimento do RN. Outros potenciais benefícios incluem a nutrição precoce do RN em sala

de parto, o auxílio na recuperação da mãe, a involução uterina mais rápida, menor risco de hemorragias, o retorno mais célere ao peso anterior e a diminuição dos riscos de câncer de mama e ovário (ARAÚJO, 2018).

Diante do exposto, faz-se premente a adoção de tais práticas na primeira hora de vida, assim como a posterior orientação sobre a continuidade do contato pele a pele e o uso da posição canguru, pois a relação que se cria entre pais e criança é diferenciada, há um contexto propício ao aleitamento materno e interação sensível e responsiva entre a criança e aquele que executa o contato pele a pele. Assim, estimular e promover as etapas do MC em ambiente hospitalar contribui para transição mais segura para a criança e pais/família, além de contribuir com a adaptação deles à realidade dos cuidados que serão demandados em domicílio (PAES; PAIXÃO, 2016). Ainda, dar seguimento ao uso da tecnologia após os tempos de internação significa manter investimentos e apostas na saúde da criança, da família e de seus pais.

O contato pele a pele ao nascimento é apontado como de grande importância para a continuidade do cuidado da criança, para além de sua adequação ao manejo das suas necessidades físicas (SPEHAR; SEIDL, 2019). Ele introduz os pais e as família a todos os preceitos do MC e/ou uso da posição canguru. Sua adoção no contexto brasileiro vem sendo apontada como uma prática preocupante, pois revela-se que apenas 67,7% das crianças experienciaram está prática no pós parto. Assim, notou-se que a prioridade pelos profissionais ainda era de execução de procedimentos, levando cerca de uma hora para estabelecer o contato pele a pele e o aleitamento materno, tornando esse momento tardio e não sendo válido e eficaz para mãe e filho. Esforços foram realizados visando aumentar a demanda da utilização do contato pele a pele e amamentação através da implementação da rede cegonha, lançada em 2011, que tem como foco a qualificação da assistência materno-infantil e a IHAC, redefinida em maio de 2014 pela OMS e UNICEF, elaborando o quatro passo a ser realizado para o alcance na melhoria da lactação. O quarto passo corresponde em colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, e orientá-las a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário (FARIAS et al., 2017).

Em relação ao MC, sua incorporação está descrita como uma política pública de saúde, publicada em 1999, dentro da norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Esse foi criado nas três etapas como um modelo de assistencial perinatal, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007, em que ele parte do princípio da melhoria da qualidade do cuidado, de forma humanizada, centrado na família, redutor de estresse, de infecção hospitalar e maior contato com os pais, trazendo segurança em

domicílio através da sua continuidade e aumento das taxas de amamentação. Com isso, determinou-se a inconformidade entre Método Canguru e a Posição Canguru que, de acordo com o Ministério da Saúde, publicado em 2013, o posicionamento é apenas um princípio dentro da estratégia do MC que envolve o contato pele a pele, sendo esse tão importante no acolhimento do bebê e de sua família, respeitando a singularidade e a ligação entre a mãe e seus cuidados com o filho (FARIAS et al., 2017).

No contexto do nascimento de risco descrevem-se cenários desfavoráveis para o acolhimento de pais, família e do próprio RN como pessoa (FONTES et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2019; CUSTODIO et al., 2016). Consequentemente, é um ambiente assistencial em que os pais e a família podem ser relegados para um lugar secundário e vivenciam desacolhimento.

O suporte da equipe de saúde nesse estágio é essencial para o desenvolvimento das habilidades, conhecimentos e capacidades dos pais/família em relação ao cuidado do RN (MEDEIROS et al., 2016). De forma a ser bem sucedido, tal suporte assistencial deverá integrar tecnologias duras, leve-duras e leves para viabilizar a vida após o parto e auxiliar a transição para a parentalidade, bem como não ser desenvolvimentalmente danoso ao RN (FONTES et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2019).

Para que tecnologias de assistência e cuidado com tais características sejam criadas, é vital que as bases neurais do desenvolvimento do neonato sejam consideradas. Isso porque muitos autores consideram que o comportamento do neonato tem um papel modulador no desenvolvimento do prematuro. Portanto, conhecer as particularidades do sistema neurológico no nascimento precoce traz melhores desfechos desenvolvimentais e de vida para essa população que incluem melhores índices de sobrevivência, padrões cognitivos e perspectivas no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento infantil (MASRI et al., 2018).

Com esse fato em mente, foi introduzida, ao longo dos últimos anos, uma série de práticas de apoio ao desenvolvimento neuropsicomotor do neonato no ambiente de terapia intensiva. As práticas visam fortalecer as condutas profissionais para a redução de estresse e de abordagens potencialmente desfavoráveis para o RN. Tais condutas são articuladas a um modelo de cuidado desenvolvimental que integra conhecimentos científicos atuais à atuação clínica prática em neonatologia (BROWNE, 2011).

Foi nesse contexto que surgiu o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), desenvolvido por Heidelise Als, no início da década de 80. O NIDCAP é um exemplo bem sucedido de programa embasado no cuidado desenvolvimental em resposta às preocupações emergentes sobre o ambiente neurologicamente negativo de

cuidados intensivos neonatais. Ele engloba as melhorias em aspectos do ambiente físico, do processo de cuidar e de todos os procedimentos necessários durante a internação, incluindo o contato pele a pele e a posição canguru (SANTOS, 2011).

O foco principal dessa abordagem é a relação entre o cuidador, a criança e todas as possibilidades atreladas no longínquo do processo de internação. O programa pauta-se na avaliação do comportamento do neonato prematuro para a criação de um plano de cuidados que identifique os fatores de maior sensibilidade e vulnerabilidade. Na sua implementação, observa-se, com especial destaque, as consequências dos métodos de cuidado, até então praticados, que então são sujeitos à análise crítica de forma a evitar práticas que aumentem os fatores estressantes e reforçar aquelas que levem ao bom desenvolvimento da criança e restabelecimento de sua capacidade de retorno ao lar (SANTOS, 2011; MACHADO; CHRISTOFFEL; TASSINARI, 2014).

A equipe cuidadora deve se mostrar empática durante todo o processo e utilizar estratégias para a promoção do engajamento dos pais, ainda durante a internação da criança. Esse aprendizado antecipado diminui o estresse na alta hospitalar e é primordial para um melhor cuidado em casa. Adicionalmente, deve-se promover a continuidade do acompanhamento assistencial no domicílio, pois esse proporciona ainda mais segurança para os pais e colabora com o desenvolvimento saudável do RN de risco. De fato, essa maior assistência em saúde, por um tempo prolongado, deve ser considerada normativa para que essas crianças atinjam um desenvolvimento saudável (MEDEIROS et al., 2016).

Diante do exposto acima, é importante que a enfermagem e demais profissionais proporcionem suporte às famílias em todos os momentos, seja no pré-natal, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediários Neonatal (UCIN), alta e domicílio. De forma a otimizar esse processo, profissionais de diferentes níveis de atenção em saúde devem compartilhar o seguimento desta criança e família, conforme necessário. Quando todos os profissionais dos diferentes níveis de atenção se articulam, compartilhando informações sobre a vinda de um bebê PT e/ou BP, acolhendo a mãe e ensinando conhecimentos sobre cuidados e apoio parental, a mesma sente-se mais encorajada em continuar o cuidado da criança em casa (CAETANO; MENDES; REBELO, 2018).

1.4 CONTATO PELE A PELE E PANDEMIA POR COVID-19

Os anos de 2020 e 2021 estão sendo marcados pela ocorrência da pandemia de COVID-19, uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus SARS-COV-2. As mulheres, na condição de gestantes e puérperas, têm sido consideradas grupo prioritário e de risco nesse contexto, em

especial pela predisposição às infecções. Uma revisão de escopo, com o objetivo de mapear as evidências disponíveis na literatura acerca da temática infecção pelo coronavírus no puerpério, identificou variação de 4,4 a 15,4% da incidência dos casos de COVID-19 no puerpério (BARBERO et al., 2020).

Os cuidados, nesse período, devem prevalecer até 40 dias pós-parto, evidenciando-se que as puérperas não falem da consulta, sobretudo àquelas que possuem comorbidades, como obesidade e diabetes, que foram associadas a maior gravidade da doença pelo SARS-COV-2 e aumentando a necessidade de cuidados intensivos, além do risco devido aos sintomas da covid poderem ser mascarados pelas diversas alterações por conta destas comorbidades e pelo período puerperal. Nesse sentido, faz-se com que a testagem universal das gestantes para detecção precoce da infecção por SARS-CoV-2 seja indicativa, dado que o diagnóstico precoce auxilia a entrar com as intervenções mais rapidamente, prevenindo graves complicações, principalmente por estarem predispostas ao tromboembolismo e ao próprio período de pós-parto que causa várias alterações hormonais e de imunidade, deixando a mulher predisposta para a doença. Desse modo, a mulher necessita de mais vigência por parte da equipe de atenção básica e ambulatorial (BENHAMOU et al., 2020).

Ainda, na atualidade, em março de 2021, assumiu-se como possível a transmissão do vírus da mãe para a criança por via transplacentária durante a gestação e/ou trabalho de parto/parto. Em relação ao AM, não há indicativas para sua interrupção, pois o entedimento é de estarem os RNs filhos de mães com COVID-19 colonizados com o vírus pela exposição prévia, contudo as medidas preventivas são recomendadas para minimizar a exposição à carga viral (BENHAMOU ET AL., 2020).

Assim, RNs, filhos de mãe com suspeita ou com confirmação da infecção entre 14 dias antes do parto e 28 dias após o parto, são considerados suspeitos para infecção por SARS-CoV-2 e medidas preventivas e protetivas para eles são recomendadas. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda, em casos de parturientes assintomáticas e sintomáticas clinicamente estáveis, manter as recomendações usuais para um parto e nascimento respeitoso e humanizado. Especificamente em relação ao contato pele a pele e à amamentação, recomenda sua promoção junto às mulheres assintomáticas e sem contato domiciliar com pessoas contaminadas. Quando portadoras de sintomas ou tenham tido contato com pessoas contaminadas, a recomendação é para iniciar o contato pele a pele e a amamentação após cuidados de higiene das parturientes. No Alojamento Conjunto, o incentivo para a amamentação e o contato pele a pele segue proposto, desde que seja adotado rigorosamente medidas de higiene das mãos, distanciamento de um metro entre leito materno e da criança, uso de máscara cirúrgica e etiqueta respiratória,

no caso de mães assintomáticas e sintomáticas. Quando a puérpera é suspeita ou tem a COVID-19, o recomendado é o isolamento privativo e distância de dois metros entre o leito materno e da criança, além de todos os cuidados de higiene. A amamentação não está contra-indicada (BRASIL, 2020). As orientações também são corroboradas ao acompanhante, que não pode apresentar sintomas respiratórios, não pode ter tido contato com pessoas com COVID-19 e nem estar no grupo de risco da doença para poder acompanhar na sala de parto, sendo permitido a presença do pai ou da pessoa que mulher deseja estar ao seu lado. Além disso, o acompanhante também é permitido no pós-parto em maternidades que tenham alojamento conjunto, assegurando as recomendações de higiene, sendo disposto na Lei 13.079/20 que os cuidados com a COVID-19 não devem afastar dos postulados da dignidade da pessoa humana (CAPANNA, 2020).

De modo geral, na atenção à saúde assume-se que o risco de infecção por COVID-19 em RN é baixo e ter a doença uma manifestação leve ou assintomática. Assim, a orientação é de não separação da criança e mãe, sendo possível o uso do contato pele a pele, posição canguru e amamentação na primeira hora de vida e, após, o uso rigoroso de medidas de proteção individual e de higienização.

1.5 QUESTÃO DO ESTUDO E JUSTIFICATIVA

Frente ao exposto, este estudo propoe-se a abordar a percepção acerca do uso da posição canguru em ambiente domiciliar, aspecto que contribui com a a literatura acerca das necessidades de mães de RNPT e/ou BP em desenvolvimento do MC nos tempos de domicílio, inclusive nos tempos da pandemia por COVID-19. Para tanto, questionou-se “como as mães de RN PT e/ou BP percebem o uso da posição canguru no domicílio?”.

Como justificativas a sua propositura destacam-se:

- Necessidade de estudos que explorem questões vinculadas à transição do cuidado dos pais e da família do RN de risco do cenário hospitalar para o domiciliar (SANTOS et al., 2017);
- Contribuir com a qualificação das relações entre mães e profissionais de saúde, a fim de favorecer acolhimento de suas necessidades, já que essas vêm sendo marcadas por insuficiências no acolhimento informacional, emocional e de direitos (CUSTODIO et al., 2016);
- Ser premente o empoderamento dos pais e da família para o cuidado da criança nascida de risco (COLARES et al., 2015; DEFILIPO et al., 2017; SOUZA et al., 2018), o que determina conhecer suas necessidades e vivências. Acredita-se que ouvir a experiência a partir da voz daquele que a experiencia pode contribuir no cuidado integral e qualificado a elas;

- Contribuir com evidências científicas articuladas à terceira etapa do MC (SANTOS et al., 2017), visto ser ela um desafio quanto à efetivação prática (CHAGAS et al., 2017).

2 OBJETIVO

Analisar a percepção de mães de crianças nascidas pré-termo e/ou baixo peso quanto ao uso da posição canguru em domicílio.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, com mães de RNPT e/ou de BP ao nascimento que estavam em uso da posição canguru em domicílio.

A abordagem qualitativa foi selecionada pelo fato do objeto posto em estudo requerer o interesse pelas representações, opiniões e percepções de uma dada experiência social. A pesquisa qualitativa valoriza o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais, aspectos intencionados no estudo (MINAYO, 2014).

3.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES

As participantes das pesquisas foram captadas propositalmente, escolhidas por terem vivenciado, estar vivenciando ou terem alguma correlação com a temática em foco (MINAYO; GUERRIERO, 2014). No caso deste estudo, as mães que optaram por integrar o estudo de doutoramento que propôs como intervenção o uso da posição canguru em domicílio. Tratavam-se de pessoas que possuíam saberes e vivências que permitiriam conhecimentos e percepções (MINAYO; GUERRIERO, 2014) na temática elencada nesse estudo.

Como mencionado, esse presente estudo integra outro, o de doutorado da pesquisadora Ana Izaura Basso de Oliveira, cujo objetivo foi o de analisar as experiências de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso quanto ao suporte recebido de enfermeiro, via visitas domiciliares, na direção do uso da posição canguru, parentalidade e autoeficácia parental. O presente estudo enquadrou-se nas etapas iniciais do estudo de doutoramento mencionado.

O local de captação das participantes foi na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, instituição de caráter filantrópico localizada na cidade de São Carlos, município brasileiro situado no interior do Estado de São Paulo, na Região Centro Leste do Brasil. A instituição é referência em atendimento especializado para cidades de sua microrregião (Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito) nas questões da gestação e nascimento de alto risco.

A maternidade abrangia, à época, segundo a responsável pelo setor, 56 leitos distribuídos em 34 leitos destinados à internação via Sistema Único de Saúde (SUS), 19 leitos para uso dos convênios vinculados à instituição e 03 leitos direcionados ao atendimento pago. Era composta pela seguinte divisão: tratamento clínico, pré-parto, alojamento conjunto, centro obstétrico, berçário e banco de leite humano. Realizava cerca de 250 partos por mês, trazendo um total de 3.231 nascimentos, em 2017, dentre os quais 319 foram de crianças BP e 338 de

prematuras (DATASUS, 2020).

O estudo de doutorado era apresentado às puérperas que se encontravam internadas em alojamento conjunto ou na UCIN e que atendiam aos critérios elencados a ele, isto é, mulheres com idade superior a 18 anos ou emancipada, residentes na cidade de São Carlos ou em cidades da microrregião (Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito), em acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde, na condição de puérpera no período de parto mediato (pré-alta hospitalar) e mãe de recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. O referido estudo propunha a utilização da posição canguru em domicílio sob o suporte de visitas domiciliares quinzenais, desenvolvidas por enfermeiras e membro da equipe de pesquisadoras. Como critério de não inclusão citam-se a declaração de uso de substâncias psicoativas, declaração de estar em situação de rua ou abrigo e identificação na conversa de convite ao estudo de condições cognitivas ou psiquiátricas que limitavam um diálogo compreensível para ambas as partes (mulher e enfermeira). Como exclusão, considerou-se o relato da mulher de não estar conseguindo adotar a posição canguru pela segunda vez em que fora visitada. Ainda, cabe mencionar que para o RN, o estudo de doutoramento no qual esse se insere, estabeleceu como critérios de inclusão estar internado na maternidade elencada ao estudo, estar em alojamento conjunto com sua mãe ou na UCIN e ter sido classificado como baixo peso (< 2.500 gramas) ao nascimento ou ser pré-termo. Os critérios de não inclusão eram ser portador de má formação congênita diagnosticada na maternidade e ter contraindicação médica de uso de posição canguru. Na existência de critérios de não inclusão para a mãe ou para a criança o convite para integrar o estudo era encerrado.

A localização das participantes do estudo ocorreu num primeiro momento mediante a ida semanal de pesquisadoras da equipe ao hospital, quando, por intermédio da enfermeira do plantão do alojamento conjunto e da UCIN, entravam em contato com as mães que se enquadravam nos critérios do estudo. No momento, era apresentada a pesquisa de doutoramento e mencionava-se esse estudo, explicado como sendo uma parte do anterior. Diante da confirmação de interesse, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e lido de forma conjunta com a mulher (APÊNDICE A) e os combinados de pesquisa foram estabelecidos. Após as enfermeiras visitadoras relatarem estar a mulher em uso da posição canguru regularmente, em dia distinto do da visita domiciliar, pactuava-se a entrevista para esse estudo a partir de contato telefônico. Portanto, um critério de inclusão para o presente estudo era ter incorporado o uso da posição canguru no cotidiano, por no mínimo uma hora por dia, alinhada com as recomendações do método canguru.

3.3 ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS E SEU ENCERRAMENTO

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista única não estruturada, em função da liberdade que o entrevistador teria para explorar o fenômeno em foco (BELEI et al., 2008). Para introduzir a conversa da entrevista foi utilizada a seguinte questão disparadora: "como você vem percebendo o uso da posição canguru? Conte-me sobre isso." Ao longo da conversa, foram apresentadas outras questões em consonância com o que era exposto pelas participantes, a fim de aumentar a compreensão de suas ações e justificativas, abordando elementos envolvidos com o uso da posição canguru e tomadas de decisão acerca disso.

Toda a coleta de dados foi gravada em áudio para garantir o registro na íntegra da fala e captação de elementos de comunicação (pausas, entonação, estruturação da frase, dentre outros) importantes à compreensão do narrado (BELEI et al., 2008; MINAYO; GUERRIERO, 2014). Todas as gravações foram transcritas e submetidas aos processos analíticos do método selecionado, no caso a análise temática.

O número de participantes tinha no estudo maior um limitador, mas intencionava-se a representatividade e a capacidade de refletir o fenômeno nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2014). Os esforços foram de alcançar a saturação de significado, a qual corresponde a uma discussão profunda e detalhada acerca dos componentes e determinantes integrantes do fenômeno posto em estudo (HENNINK et al., 2017). Diante da necessidade de encerrar a coleta de dados, devido ao prazo para a entrega do relatório e defesa desse para obtenção do título de mestre, foi possível incluir 10 mulheres. O período de coleta de dados ocorreu de março de 2020 a março de 2021.

3.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para a análise dos dados foi adotada a Análise Temática (AT) na propositura de Clarke e Braun (CLARKE; BRAUN, 2013; BRAUN; CLARKE, 2019). O processo analítico foi estruturado em um constante movimento recursivo pelos dados, com (re)leituras do material empírico, no caso, a transcrição das entrevistas.

O processo iniciou-se com a familiarização aos dados a partir de leituras do material empírico, atento aos significados, às ideias e aos padrões presentes. Após esse processo, os esforços direcionaram-se a estabelecer códigos iniciais, quando as características dos dados são apreciadas à luz do fenômeno posto à investigação. Esses códigos iniciais foram transformados em temas iniciais, a partir de processos analíticos indutivos e dedutivos para estabelecer as relações entre os códigos. Definidos os temas, a etapa seguinte foi a de pensar a coerência e articulação do conjunto para apresentação dos resultados a partir de tema(s) identificado(s).

Estabelecidos os temas, desenvolveu-se o relatório dos resultados deste estudo.

3.5 REFERENCIAL TEÓRICO

Em virtude de se intencionar a percepção materna acerca do uso da posição canguru e os sentimentos advindos dessa prática, o Interacionismo Simbólico (IS) revelou-se um referencial teórico pertinente, sendo uma “perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas” (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Tem como premissas que i) o ser humano interpreta os fatos e se comporta em função do significado que atribui aos elementos do contexto social; ii) o significado é resultado de processos interacionais e (iii) tais significados são modificáveis a depender das interações sociais estabelecidas, ou seja, estão constantemente abertos aos novos processos de entendimento/sentido (CHARON, 2010).

Pensar sistemicamente implica em reconhecer o sujeito como dinâmico em seu contexto, em contínua interação com o que ali se apresenta, não existindo previsibilidade das interações sociais e de seus desdobramentos na pessoa (CHARON, 2010). O enfoque nas interações sociais concebe as pessoas como ativas, atuando uma sobre as outras, percebendo, interpretando e estabelecendo entendimentos dinâmica e continuamente.

São conceitos centrais do IS: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro e a ação humana (CHARON, 2010), dentre outros. O símbolo, conceito central do IS, está concebido no referencial como um objeto social que é adotado para representação e comunicação de um significado. Porém, esse significado não é dado *a priori*, mas, sim, estabelecido socialmente a partir da interação social. De todo modo, ele tem a função de veicular um significado, um sentido para si e para o outro que está na interação. Inclusive, a socialização é meio a partir do qual símbolos são aprendidos e compartilhados (CHARON, 2010).

O *self* envolve o processo a partir do qual o indivíduo interioriza o experienciado na interação social e entra em relação com isso. Ele é um objeto social a partir do qual a pessoa consegue efetivar processos de interação consigo e com aspectos de seu contexto social. Ele surge na interação e está tratado a partir de duas fases que se manifestam dinâmica e em concomitância: o “eu” e o “mim”. O primeiro retrata um processo mais imediatista em relação ao que é apreendido na interação social, ao outro que ali se manifesta. Ele tem característica de determinar a propulsão da ação. Já o segundo direciona o compartilhado/vivido na interação para um olhar que considera a sociedade internalizada e as expectativas sociais são ponderadas.

Desse modo, toma o próprio 'eu' em 'apreciação' em interação e acaba por direcionar a ação, a tomada de decisão. Portanto, em resumo, o 'eu' impulsiona e o 'mim' direciona a ação (CHARON, 2010).

Para os interacionistas, o cérebro tem um papel de favorecer a consciência sobre o comportamento e seu processamento. Nesta direção, a mente, outro conceito central do IS, está definida como atividade de comunicação ativa com o *self*, via manipulação de símbolos. A atividade mental provoca indicações de símbolos para o *self* e promove reflexões internalizadas, processos que se desdobram em ações e que se ancoram na consideração tanto do outro como de si próprio. Ela dispara e mantém ativa autorreflexões (CHARON, 2010).

O assumir o papel do outro não está apenas em se colocar no lugar do outro, mas de existir a interação simbólica, ou seja, entender como o outro irá pensar, sentir e por qual motivo que ele age de outro modo, sendo essencial uma comunicação cooperativa, de ensinamento, simpatia, auxiliadora e que consiga enxergar os efeitos das ações do indivíduo. Uma de suas atividades centrais é o 'assumir o papel do outro', por meio dela comunica e efetiva um vínculo com o outro e busca entender seus significados, ações e tomar isso em consideração (CHARON, 2010).

A ação humana envolve a capacidade de se fazer indicações para si do outro e de si, na direção de tomar decisões e expressar atitudes sociais. Ou seja, há um engajamento em decisões a partir das considerações de revelações sociais. A ação é estabelecida a partir da definição da situação social, ocorre no presente, mas toma experiências passadas e projeções futuras (CHARON, 2010).

Compreende-se, então, que o IS tem sua centralidade na interação social, interessa-se pelo mobilizado neste espaço, do que é ali experienciado. É de relação direta com as reflexões internalizadas diante dos esforços para interpretar e compreender o que ali se manifesta, inclusive a ele próprio.

Diante do exposto, conhecer a percepção das mães de RNPT e/ou BP sobre o uso da posição canguru no domicílio pode ser facilitado pelo uso desse referencial teórico ao permitir ponderar como as experiências e tomadas de decisão maternas foram processadas. Foram premissas deste estudo:

- As interações com a criança e profissionais de saúde promovem entendimentos que repercutem em tomadas de ações em relação ao cuidado da criança, a exemplo da incorporação da posição canguru como uma ação cuidativa;
- Ao longo do uso da posição canguru, a mulher interage com a criança e com evidências acerca do que o uso da posição vem provendo e mantém ou abandona esse uso como prática de

cuidado;

- As interações sociais da mulher com sua rede social influenciam o uso da posição canguru por se desdobrar em significados relativos a ela como mãe e ao cuidado por ela exercido, inclusive no que tange a posição canguru.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo de doutoramento no qual este estudo se inseriu foi apreciado junto aos Comitês de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com parecer favorável. Está registrado sob nº 4.108.812, CAAE: 31848820.4.0000.5504 e nº 4.138.360, CAAE: 31848820.4.3001.8148. As Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) foram seguidas e respeitadas. Ressalta-se que a interação entre pesquisadora e participante em potencial foi de abertura e diálogo, de forma a garantir a liberdade para desistir da participação a qualquer momento, fato que foi sempre expresso e colocado enquanto opção. Ainda, a aproximação com a participante em potencial encerrou-se frente a sua negativa em qualquer uma das etapas acima descritas, bem como se esta sinalizava tal desejo, inclusive após a assinatura do TCLE.

Cabe mencionar que para preservar a identidade do participante, o excerto vem seguido da letra “M” para nomear ‘mãe’ e a letra “F”, de família, com número ordinal tradutor da ordem de entrada delas no estudo. Assim, MF1 representa mãe da primeira família participante do estudo. Do mesmo modo, a exemplo, MF3 mãe da terceira família integrante do estudo.

O estudo maior convidou no período 15 mulheres e teve o aceite de 10 mulheres, as quais integraram o estudo. Nenhuma mulher desistiu do estudo e nenhuma foi excluída, considerando-se os critérios mencionados.

4 RESULTADOS

Os resultados exploram significados e comportamentos de dez mulheres, mães de RNPT e/ou BP que se dispuseram a utilizar a posição canguru em domicílio em nome do melhor cuidado a sua criança. Três categorias temáticas retrataram as percepções delas: “Espera apreensiva para cuidar da criança”, “Arranjos e sentimentos no uso da posição canguru” e “Serviços de saúde e fé”.

Abaixo a apresentação das participantes de forma articulada a suas famílias, considerando os membros que moram na casa.

Mãe família 1

Constituída pela mãe, 20 anos, com Ensino Médio completo, que exercia trabalho formal antes da gravidez do filho. À época da entrevista, ocupava-se com os cuidados do lar, da família e da criança. Na gestação, foi diagnosticada enquanto gravidez de risco dado o diagnóstico médico de hipertensão arterial com restrição de crescimento intrauterino da criança e oligodrâmio. Fez uso de medicação ao longo da gestação, mantida até então. Teve 3 gestações, 1 parto normal (sendo natimorto), 1 parto cesarea e 1 aborto. A criança, do sexo masculino, nasceu com idade gestacional (IG) de 34 semanas e peso de 1.655 gramas. O pai, 27 anos, tinha o Ensino Médio completo e era o provedor da família, trabalhando no período noturno. Os pais do bebê moravam juntos e a irmã da mãe estava passando alguns dias com a família para ajudá-los naquele momento.

Mãe família 2

Constituída pela mãe, 29 anos, com Ensino Superior completo em Direito, com pós-graduação, exercia sua profissão como profissional liberal e contribuía com a renda familiar. Teve sua gravidez classificada como de risco dado o fato de ter infecções urinárias, descolamento da placenta e rompimento prematuro da bolsa. Seus dados obstétricos traziam 1 gestação, 1 paridade via parto cesárea. A criança, do sexo feminino, nasceu com IG de 34 semanas e peso de 2.240 gramas. O pai, trabalhava em escala de plantão (12x36). O casal e criança moravam na casa dos pais dele, em união estável. A mulher relatou apoio da sogra, de sua mãe e do companheiro.

Mãe família 3

Constituída pela mãe, 20 anos, com o Ensino Médio completo, à época tinha as atividades do lar e o cuidado da criança como ocupação. Primípara, parto normal, induzido

diante diagnóstico médico de ruptura prematura de membranas. Criança, do sexo masculino, nasceu com IG de 35 semanas e peso de 1.170 gramas. O pai da criança tinha 19 anos, Ensino Médio completo, trabalhava no período diurno. Residiam na casa dos pais dela, junto com a tia da criança que possuía paralisia cerebral e demandava cuidados familiares.

Mãe família 4

Constituída pela mãe, 33 anos, que em termos de estudo concluiu o Ensino Fundamental. Exercia trabalho como cuidadora de idosos antes de descobrir a gravidez, porém, na data da entrevista relatou ocupar-se com os cuidados do lar e das crianças. A gravidez foi classificada enquanto de alto risco em função do Diabetes Mellitus tipo I, com uso de insulina e histórico de pré-eclâmpsia e óbito fetal na gestação anterior. Tem histórico de 3 gestações, 3 partos normal, sendo 1 de natimorto. Vivenciou, nesta última gestação, a indução do parto devido às contrações precoces e à descompensação de doença de base. Pariu uma menina, com IG de 34 semanas e 5 dias e peso de 3.010 gramas. O pai da criança tinha 40 anos, Ensino Médio completo e foi referido como o único provedor da família, realizando trabalho informal como pintor. Na casa moravam o casal, o filho mais velho de 9 anos e a recém-nascida.

Mãe família 5

Constituída pela mãe, 37 anos, escolaridade do Ensino Médio completo, exercia trabalho formal antes da gravidez do filho e atualmente ocupava-se com os cuidados do lar, da família e da criança. Se enquadrou como gravidez de risco devido seu diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, descoberta a 2 anos. Fez uso de metildopa 3 vezes ao dia, durante a gravidez, dieta restrita e uso de insulina. Relatou ter controlado bem ao longo da gestação. Com 30 semanas teve hipertensão arterial gestacional e apresentou alteração ao realizar o cardiotoco, sendo internada em São Carlos, apesar de residir em Descalvado-SP. Teve 5 gestações, 2 partos cesárea e 3 abortos. A criança, do sexo masculino, nasceu IG de 31 semanas e 3 dias, e peso de 1.400 gramas. O pai tinha o Ensino Médio completo, era o provedor da família, trabalhando como pedreiro o dia todo. Os pais do bebê moravam juntos, eram casados há 4 anos. A mãe tinha uma filha de 14 anos que morava com a avó materna.

Mãe família 6

Constituída pela mãe, 26 anos, escolaridade do Ensino Médio completo, exercia trabalho formal antes da gravidez como secretária em uma autoescola, na época do estudo

ocupava-se com o cuidados do lar, da família e da criança. Na gestação, foi diagnosticada enquanto gravidez de risco dado o diagnóstico médico de Diabetes Gestacional, porém controlada com dieta restritiva e atividade física. Ainda, durante a gestação teve infecções de urina recorrentes e com 20 semanas Hipertensão arterial gestacional e às 35ª. semanas foi diagnosticada com pré-eclampsia. Fez uso de metildopa ao longo da gestação, atualmente diagnosticada com hipertensão arterial crônica com uso de nefidipina e enalapril. Teve anteriormente uma gestação ectópica com dois fetos, um na trompa e outro no útero, porém não foi possível a progressão do parto. Depois de 1 ano e meio sofreu um aborto espontâneo e após 3 anos a gravidez atual de parto cesária. Assim, foram 3 gestações, 1 parto cesária e 3 abortos. A criança, do sexo feminino, nasceu com idade gestacional (IG) de 35 semanas e peso de 2.000 gramas, que à época da entrevista fora diagnosticada com alergia a proteína do leite. O pai, cuja idade era de 32 anos, tinha o Ensino Médio completo, era o provedor da família, trabalhava o dia todo como vidraçeiro. Os pais do bebê moravam juntos, porém a mãe ficava sozinha o dia todo realizando os cuidados da criança e da casa.

Mãe Família 7

Constituída pela mãe, 22 anos, com Ensino Médio incompleto, que exercia trabalho como empregada doméstica. Na época da entrevista, estava de licença maternidade e era responsável pelos cuidados do lar, da família e das crianças. Gravidez de alto risco dado o histórico obstétrico anterior de parto prematuro devido rompimento prematuro de bolsa com 32 semanas de IG. Na gravidez atual, fez uso de medicamento para inibir o parto prematuro, porém vivenciou o rompimento de bolsa com 30 semanas e 3 dias. Trazia um histórico de 2 gestações, 2 partos normal, ambos prematuros, sem indução. Criança com prematuridade (IG de 30 semanas e 3 dias), sexo masculino e peso ao nascimento de 1.680 gramas. O pai, 30 anos, tinha o Ensino Médio completo, trabalhava como auxiliar de incubatório o dia todo. Na casa moravam ela o marido, bebê, sogro, sogra e a primeira filha de 7 anos.

Mãe Família 8

Constituída pela mãe, 24 anos, Ensino Fundamental incompleto, responsável pelos cuidados do lar, da família e das crianças, gravidez de risco, pois houve sangramento no início da gravidez com 12 semanas. Nessa gravidez, fez uso de medicamento para segurar o bebê, porém vivenciou sangramentos com 26 semanas, apresentando descolamento prematuro de placenta, com desfecho do parto cesária. Possuía um histórico obstétrico de 5 gestações, 4 partos normais, 1 parto cesária e nenhum aborto. Criança com prematuridade (26 semanas),

sexo masculino e peso ao nascimento de 900 gramas. O pai, 40 anos, Ensino Médio completo, trabalhava com reciclagem em uma fábrica de reciclagem. Na casa moravam ela, o marido, o bebê e mais 4 filhos.

Mãe Família 9

Constituída pela mãe, 38 anos, escolaridade do Ensino Médio completo, trabalhava como autônoma, realizando venda de roupas em seu carro. Diante da gravidez, sentiu a necessidade de parar e, à época da entrevista, ocupava-se com os cuidados do lar, da família e da criança. A gravidez fora classificada como de alto risco dado o diagnóstico médico adenomiose. Teve 2 gestações, 2 parto cesáreos e nenhum aborto. A criança, do sexo feminino, nasceu com idade gestacional (IG) de 30 semanas e peso de 980 gramas. O pai tinha o Ensino Médio completo e era o provedor da família, trabalhava período integral em uma fábrica. Na casa moravam os pais, o bebê e o filho mais velho de 18 anos.

Mãe Família 10

Constituída pela mãe, 28 anos, escolaridade do Ensino Médio completo, ocupava-se com os cuidados do lar, da família e da criança. Na gestação, foi diagnosticada enquanto gravidez de alto risco, dado o diagnóstico médico incompetência istmo cervical, com necessidade de cerclagem. Teve 5 gestações, 3 partos normal, sendo 2 natimorto e 2 aborto. A criança, do sexo feminino, nasceu com idade gestacional (IG) de 30 semanas e peso de 1.210 gramas. O pai tinha o Ensino Médio completo, era o provedor da família, trabalhava período integral em uma sorveteria. Na casa moravam os pais e a bebê.

O significado atribuído pelas mulheres sobre a posição canguru e sua especificidade para sua criança fizeram com que decidissem realizar arranjos e esforços para praticá-la em domicílio. As colocações recebidas nas interações do pré-natal, parto e pós-parto acerca da fragilidade e necessidades singulares de sua criança, levaram-nas a fazer esforços para prover o melhor cuidado. É através da atividade da mente, segundo o IS, que os símbolos são direcionado ao *self*, na direção de tomadas de decisão quanto a ações.

As narrativas foram revelando significados que sinalizavam estruturantes para o modo de cuidar da criança, as quais integrava a intenção e o esforço de uso da posição canguru a partir do momento que foi apresentado a ela.

Espera apreensiva para cuidar da criança

Todas as participantes resgataram e compartilharam experiências dos tempos gestacionais, parto e nascimento e/ou interação inicial com a criança na Unidade Neonatal, quando em comum trouxeram a interação com objetos sociais que edificavam o significado de ser a criança nascida prematura e/ou de baixo peso frágil e com demandas de cuidados específicos. Simultaneamente, teciam, de forma internalizada, reflexões na linha de pensar o como se empoderar para prover o melhor cuidado à criança, mas, dialéticamente, as interações que promoviam isso também determinavam incertezas em relação a conseguirem de fato desempenhá-lo. Ainda, cotidianamente, deparavam-se com questões que repercutiam em receio de desfechos ruins para a criança, tanto no presente, como em tempos posteriores.

As narrativas são imersas em sentimentos duais, como angústia, medo e preocupação, os quais foram prevalentes, e outros na linha da alegria e alívio. No misto de sentimentos, projetavam prover o melhor cuidado para a criança. O tempo da espera para efetivamente cuidar da sua criança estava circunscrito por esses processos acima tratados.

[...] assim por conta do risco que a gente corre e o medo também, porque meu maior medo era dela (filha) já ir para UTI, de dar hipoglicemia, porque a gente começa a pesquisar, começa a colocar um monte de coisa na cabeça, mas aí, Graças a Deus ela nasceu até que bem. Na hora do parto eles colocaram ela no meu colo, ela chorou, tudo, ela ficou um pouquinho ai já levaram ela para o berçário na incubadora.(MF4)

[...] Desde o início quando comecei o pré-nata, o ginecologista daqui falou que eu já tinha um histórico de parto prematuro, pela minha primeira ter sido parto prematuro, então sempre tinha um receio. Procurava bastante na internet para saber, porque o meu medo era ter ele muito cedo e acabar morrendo, então eu morria de medo, sempre procurava usar os medicamentos certinhos para segurar o bebê e tudo, mas sempre tinha medo, então eu pesquisava sobre. (MF7)

Os excertos acima revelaram as interações sociais que tomaram o risco gestacional portado e explicitaram prováveis desdobramentos dele à criança, com edificação de tempos gestacionais imersos na preocupação com o desfecho gestacional, sob uma atitude atenta para os sinais de alerta e de intensa comunicação simbólica consigo mesma, cuja pauta central era a preocupação com a criança, sua vida e a esperança no bom desfecho. O suporte para esses tempos foi o da informação e fé.

As participantes que portavam em sua historicidade perda(s) de criança(s) revelaram grande receio e, por vezes, desânimo com o desfecho gestacional, desdobrados do experienciado anteriormente, mas atualizado nas interações da gestação presente. Todavia, os aprendizados adquiridos na gestação pregressa foram objeto de análises interiorizadas e estiveram aplicados na situação atual, na direção de promover a concretude do nascimento da

criança. As experiências pregressas influenciam as tomadas de decisões. Assim, ter vivenciado perda prévia da criança implicou em uma atitude vigilante e de preocupação, sendo a concretude do nascimento da criança uma realização, mesmo que prematura e/ou com BP.

[...]A gente sempre teve vontade, desde o nosso namoro, de ter um filho e construir uma família, então nestas perdas (gestacionais) fomos desanimando um pouco. Mas agora parece que estamos vivendo um sonho, tudo que queríamos mesmo! Na gestação vivi desânimo, mas dizia “bora em frente, bora acreditar!”. (MF1)

[...]A primeira gravidez foi ectópica. No primeiro ultrassom não foi detectado gravidez ectópica, só via um embrião no útero, depois passou um tempo, já com quatro meses, aí que descobriu a gravidez ectópica. Tinha um no útero e um bebê nas trompas. Aí comecei a sangrar, minha trompa rompeu, aí acabei perdendo o bebê que estava no útero e perdi uma trompa, fiquei com uma trompa só. Depois de um ano e meio eu engravidei novamente, aí tive uma aborto espontâneo, aí fiquei uns três anos sem tentar engravidar, não queria mais. Fiquei meio traumatizada, fiquei com medo, mas depois veio ela e foi uma alegria! Fiquei atenta na gestação, bem atenta. (MF6)

O nascimento da criança foi momento muito esperado e as mulheres narraram que o parto ocorreu de forma inesperada, imerso no medo e na incerteza acerca da efetiva vinda da criança. Em pensamento viviam esse receio. Essas questões movimentaram reflexões internalizadas e intensa ação da mente aos símbolos que emanaram da interação ao longo de todo trabalho de parto e parto, determinando as angústias e inquietudes. Aquelas que precisam de deslocamento de um serviço para outro prolongaram esse tempo de sofrimento.

[...]Minha experiência foi traumatizante, estava de trinta e quatro semanas! Rompeu a bolsa, aí eu fui para o hospital e parece que deslocou a placenta, aí me mandaram para São Carlos, então foi parto de urgência em São Carlos. Começou a sangrar muito e eu estava sentindo muita dor! Um dia antes eu tinha ido ao meu obstetra e ele falou que as dores que eu estava sentindo era de contração, parece que era contração de treinamento não sei, mas ele falou que era infecção de urina, porque no meu exame tinha dado infecção de urina. Então as dores era por conta da infecção de urina. No dia seguinte rompeu a bolsa, eu acredito que a infecção de urina possa ter ocasionado o rompimento e o médico falou que a infecção faz romper a bolsa de forma prematura, só que eu tive o deslocamento da placenta também. Passou a sair muito sangue em São Carlos, na Santa Casa de São Carlos, em Porto Ferreira não! Enquanto eu estava aqui em Porto Ferreira não, mas quando fui a São Carlos começou a sangrar muito, então foi meio traumatizante para mim. Tudo isto, tudo isto no caminho, tudo agitado. (MF2)

[...] fui fazer o cardiotoco, aí vii que os batimentos dele não estava bem e minha pressão não baixava. Pelo ultrasom vii que uma artéria não estava legal, a troca de sangue não estava legal. Eu ia ser transferida para Matão ou Araraquara por estar lotado a UTI mas aí deu certo, tinha um quarto lá e reservaram pra mim em São Carlos. Mas ele nem precisou de UTI, apesar de ser um susto e tanto, eu sozinha, num desespero, todo mundo pra cá. Fui, tomei um banho e nem chorei mais, tinha que fazer. Graças a Deus tudo passou, mas fiquei com medo, muito medo! Como tudo ia ser? (MF5)

Ao longo do trabalho de parto e parto, as mulheres relataram incipiências de amparo por parte da equipe de saúde. Vivenciaram angústias e inquietudes e se perceberam exaustas, sobretudo psiquicamente, com a espera quase que solitária do desfecho. Uma das questões que pairavam em pensamento era se possuíam aptidões para cuidar desta criança e quais particularidades estariam postas para este cuidado. Sentiam-se inseguras e apreensivas em relação à condição e fragilidade da criança.

[...] No momento do parto foi uma mistura de medo, né? Medo e ansiedade por não saber como ia ser, porque eu sabia que ela era prematura, as pessoas já tinham falado que eu estava correndo risco, que ela também. Pensava: “Como vai terminar isto? Como ela virá?” Ficava pensando também se eu ia conseguir cuidar.(MF9)

Todas as participantes interpretaram os significados de suas lembranças frente aos momentos próximos ao trabalho de parto e parto a partir de símbolos marcados por uma gama de eventos que eram pouco compartilhados com ela e, conseqüentemente, obtinham informações rasas e pouco específicas as suas necessidades, aspectos que as traumatizaram e ampliaram angústias.

Cabe ainda destacar, como mencionado acima, que o contexto da urgência em que o parto ocorreu inseriu a mulher em um cenário marcado pelo agito e por eventos que refletiam no seu físico e emocional, a exemplo de sangramentos, dores, perda de líquidos, submissão a procedimentos invasivos, comandos profissionais, entre outros. Todos os símbolos foram apresentados ao seu *self* e se desdobraram em um conformar-se ou, até mesmo, em submeter-se à espera do desfecho. Tratava-se de uma espera apreensiva, por vezes angustiante, na qual a concretude da criança era desejada simultaneamente à presença de questionamentos acerca de sua fragilidade, suas necessidades de cuidado e o quanto ela, mulher, conseguiria corresponder

As primíparas traziam consigo o rótulo social da ‘mãe de primeira viagem’ e, de certo modo, nessa condição imputavam-se como alguém com insuficiência de conhecimentos e habilidades. Acreditavam que, na existência de alguém junto delas, este lugar e as inseguranças que se desdobravam seriam amenizadas, mas as medidas de contenção da pandemia por SARS-CoV-2 impediram.

Só que não tem experiência, né? Mãe de primeira viagem... e não pode ninguém ficar comigo da minha família, por conta da pandemia, né? Mas a hora que o bebê conseguiu sair foi aquele alívio! Foi parto normal com indução, aí meu bebê não me deram para segurar pois tiveram que intubar ele, aí ele foi para a UTI e eu fui internada na maternidade. Muita coisa junta para lidar.(MF3)

[...] A médica queria segurar trinta e sete semanas, mas com trinta e cinco semanas ela nasceu, pois os batimentos cardíacos dela estavam fracos e o meu alto demais e a pressão também. Aí fez a cesária de urgência. A bebê estava em sofrimento fetal, eu desmaiei, acordei vomitando, não deixaram eu levantar da cama. Eu nem vi ela! Ela já nasceu e foi para a UCIN. Ela nasceu meio dia e eu fui ver ela só três horas da manhã, não pude pegar ela no colo, só pude pegar depois de três dias, porque ela estava em isolamento. Mas não sei dizer o porque até hoje, sei que foi tenso, sofrido! (MF6)

Os tempos do parto e pós parto foram marcados pela solidão, separação da criança e informações superficiais, por vezes desarticuladas, tanto para múltíparas, como para primíparas. As condições clínicas da criança articuladas às medidas de contenção da pandemia limitaram as oportunidades das participantes deste estudo de interagirem com suas crianças, aspecto reiterado em várias falas e percebido enquanto elemento que promovia um sentimento de lacuna, de vazio, de sofrimento. Poucas tiveram a oportunidade de se relacionar no parto/nascimento com sua criança e a maioria prospectou desejo de ter tido a oportunidade. Aquelas que a vivenciaram descreveram processos que não as acolheram efetivamente. Ainda, no contexto interacional, descreveram-se colocações profissionais duais com o efetivamente testemunhado pela mulher.

[...] Ele nasceu, foi parto normal sem indução, meu marido não pôde ficar comigo na hora do parto, porque quando eu internei lá elas (equipe de enfermagem) falaram que não podia acompanhante porque eu estava em trabalho de parto. Aí fiquei sozinha, com essa pandemia não pode acompanhante. Então ele nasceu e as enfermeiras já levaram e não pôde colocar no meu colo. Ele não chorou na hora, fiquei assustada com isso. Aí uma enfermeira que estava perguntou se podia levar para eu ver, ela só trouxe, colocou um pouquinho do meu lado e já levou. Eu fiquei muito triste! Uma sensação de medo, de angústia em só mostrar e não poder pegar. E eu via tanto na internet as mães que agora têm o parto normal e ele já vai mamar... Foi muito triste em não poder segurar e ver ele só depois, foi bem difícil! Porque elas pensaram que ele precisaria ir para UTI, mas ficou na UCIN, aí só depois que fui para o quarto, tomei banho que pude lá ver ele. No primeiro dia que ele nasceu elas não deixaram eu pegar, aí no outro dia só que pude pegar e fazer o canguru. (MF7)

[...] falou que ele nasceu bem, nasceu forte, não cheguei a pegar ele, levou ele rápido, porque ele nasceu muito pequenininho. Não cheguei ver, eu só vi a hora que estava colocando a touca nele e a pediatra examinando ele, só isso que vi! E foi para UTI, ficou intubado um mês lá. Queria saber o que aconteceu com ele, fiquei ansiosa, nervosa e sozinha lá, sem ninguém da minha família, com pouca informação. Nasceu forte mas foi para UTI, sabe? (MF8)

Ao interagirem com a unidade neonatal, seus equipamentos e as crianças de lá, inclusive a sua, as participantes revelaram um misto de surpresa, angústia e contentamento por prospectar que a criança receberia um cuidado específico, especializado. Expressaram desejos de interação mais intensa e ampla com a criança no cenário das unidades neonatais, em especial de colocar

a criança no colo. Ainda, revelaram interagir com colocações profissionais que sugeriam ser alguns atos delas de repercussão negativa à criança, a exemplo manipulação e perda de peso, agitação. Elaborar esse conjunto de símbolos foi complexo.

[...] Para mim foi um choque ver no berçário! Assim, na grande realidade, porque se você ouve falar é uma coisa, aí se você presencia é outra, né? Então chega lá, vê um monte de bebezinho prematuro, aí ve ela dentro da incubadora com capacetinho de oxigênio... Você fica naquela angústia, né? Que você quer levar para casa dar de 'mamã', mas aí tem que esperar porque é o tempo deles, né? Então aí você fica naquela angústia, mas eu fiquei confiante porque eu sabia que ela estava num lugar bom, que seria para ela né, que ela estava sendo bem cuidada. Foi aí que fiquei mais tranquila enquanto a isso. Lá não cheguei a pegar ela no colo, só uma vez coloquei a mãozinha dentro da incubadora para sentir ela. E depois quando ela foi para UTI, né, que assim fiquei mais assustada, porque quando se trata de UTI você fala "o caso é mais grave!" [...] Falavam pouco comigo, então eu ficava imaginando... (MF4)

[...] Ela perdeu muito peso foi para mil e setecentos aí foi a incubadora e não podia tirar de lá para não perder muito peso. Daí fiquei uma semana sem pegar ela, só brincava pelo vidro, só podia pegar na mãozinha para ela não perder peso. Por ela ser muito agitada a médica falava que era difícil de ganhar peso. Eu querendo ela... (MF6)

Nos tempos da criança na unidade neonatal, gostavam de receber informações dos profissionais que traziam a evolução da criança e ficavam expectantes pelo dia de poder efetivamente integrar-se mais ao cuidado da mesma. As narrativas apontaram que interações com esforços de compartilhamento eram quistas.

[...] Ele nasceu, foi para o berçário e usou o oxigênio. Ficou tudo bem, colocou sonda pra se alimentar, da boca foi pro nariz e tirou tudo. Cada dia que eu chegava lá e elas falavam que ele estava bem era uma vitória. (MF5)

(...) Tive muito apoio, me senti segura, mas no começo é um susto quando você chega lá e vê ela com sonda no nariz, com as coisas na veia, você fica parada você se assusta. Aí quando teve vômito, eu tive que ver ali eles fazendo a limpeza gástrica, aquilo lá já foi um choque para mim! Ela teve que ficar naquela luz também, aquilo foi um choque para mim, mas as enfermeiras a médica sempre me deram apoio, sempre me acalmaram e orientaram, sempre me deixaram segura ali dentro, diziam que tudo estava caminhando bem e eu ficava mais aliviada. (MF6)

No conjunto, os tempos pós-parto no hospital foram de grande intensidade para a mulher, sobretudo por estar a interagir com símbolos pouco familiares e socialmente significados como negativos em termos de condição de saúde. Dessa forma, surgiram intensas reflexões internalizadas, as quais conseguiam ser, por vezes, explicitadas aos outros, mas que de todo modo demandavam elaboração por parte da mulher. Essa elaboração denotou ser experienciada sob um suporte ocasional. Assim, a solidão, apreensão e angústia marcaram essa espera de poder assumir plenamente o cuidado do filho(a). Compartilhar com a criança este tempo e contexto conduzia a mulher a compreender o(a) filho(a) como alguém que lutou e

venceu e a si como alguém que podia fortalecê-lo com sua companhia, aos moldes que lhe permitiam.

[...] Ver ele na UTI foi muito difícil para mim! Eu chegava a chorar, falava para minha mãe que não aguentava ver ele nesta situação. Aí tentava me acalmar, achava que eu não ia mais ver ele, que eu estava cansada. E eu não sabia o que eu fazia, se olhava ele ou as crianças. E ele ficou muito na UTI, não consegui amamentar ele, meu leite secou. A primeira vez que toquei ele foi na UTI com o oxigênio, mas depois desceu para a maternidade, aí que foi uma coisa tão boa, deu um alívio no meu coração! Ele é um guerreiro, ficou mais dois meses na maternidade. (MF8)

[...] A gente sempre relaciona UTI como lugar de morte. Fiquei um pouco com medo de princípio, mas todo dia eu prometia pra ela, pegava na mãozinha dela, pois não podia pegar ela e fazer o canguru por causa da covid também, e falava para ela que eu só ia falhar se eu não tivesse saudável, com algum problema de saúde... mas isso nunca aconteceu. Sempre, todos os dias eu estava lá. Foi assim, junto com ela que esperei ela. (MF9)

Arranjos e sentimentos no uso da posição canguru

As participantes conceberam sua criança como frágil e pequena, inclusive aquelas mulheres cuja criança estava estável clinicamente e fora encaminhada diretamente ao alojamento conjunto (AC) após o parto.

Todas as mulheres, tanto aquelas cujas crianças foram diretamente para o AC, como aquelas que necessitaram da UCIN, incorporaram o uso da posição canguru em domicílio por articulá-lo aos benefícios para a criança, especialmente em termos de conforto e desenvolvimento.

A existência de estímulo para o uso da posição canguru foi amplamente relatado pelas mulheres cujas crianças fizeram uso de UCIN, com ampla menção de incentivo por parte da equipe de enfermagem. Elas referiam maior facilidade em incorporar o uso da posição nos tempos em domicílio, verbalizando segurança, disponibilidade e contentamento com sua adoção. Destacaram testemunhar, desde os tempos hospitalares, benefícios com o uso.

(..) As enfermeiras sempre conversavam que trazia bastante benefícios, tanto para mim quanto para ele (filho), então eu fazia todos os dias meia horinha, uma hora... o tempo que eu ficava (na UCIN) eu fazia com ele, [...] então eu fazia todo dia com ele. Quando ele ficava bem nervoso eu acalmava ele deste jeito. (MF1)

[...] eu só ouvi falar depois que ele foi para o berçário (criança fez uso da UTIN), aí que elas começaram a fazer o canguru. Aí ele ganhou peso e começou a ficar espertinho. Quase todo dia a gente fazia canguru. O tempo que eu ficava lá no berçário a gente ficava de canguru, aí fiz bastante tempo antes dele vir para casa. Hoje é tranquilo usar aqui em casa. (MF3)

[...]elas (equipe de enfermagem) me falaram que fazendo isso, ele se desenvolveria mais rápido, teria mais produção de leite, falaram várias coisas... Mas não lembro tudo pelas preocupações, mas já era bom lá, como é aqui (no domicílio).(MF5)

[...] Só depois de três dias que pude pegar ela. Ai depois disso que a fisioterapeuta da UCIN me falou e ensinou a posição canguru, aí já comecei a realizar e gosto muito (MF6).

[...]Quando fazia a posição canguru ela ficava bem calminha, dormia bem porque ela é bem agitada. Quando ficava na incubadora ela sempre se mexia muito, as enfermeiras me falavam que ela não parava.(MF10)

Em contraponto, as mulheres que fizeram uso da UCIN, àquelas direcionadas com suas crianças diretamente para o AC, verbalizaram maior insegurança para o uso da posição canguru em domicílio, com claros indícios de não terem sido apoiadas para sua adoção nos tempos em que estiveram no hospital. Ainda, apontaram insuficiências em relação às informações pormenorizadas acerca das particularidades da criança BP e/ou PT. Fizeram a opção pelo uso da posição diante do convite para integrar o estudo de doutoramento, mas referiram que resgataram na memória a informação de terem ouvido acerca de seus benefícios para a criança. Na medida em que usavam a posição em domicílio, reconheciam os benefícios.

[...] Com a minha primeira filha que também foi prematura e ficou no alojamento em conjunto não tive esta oportunidade de fazer o uso da posição canguru, até então nem conhecia. Fui conhecer mesmo lá na UCIN nesta minha segunda gestação, e é bem interessante que é um vínculo ali que a gente tem com a criança, é o melhor para ela. Explicar, explicar o porque eu não sei, mas vejo que é, que era bom, elas (equipe de enfermagem) sempre falavam. (MF7)

[...] Eu me sinto insegura um pouco, porque eu não conheço muito bem a posição, ela é muito pequeninha, muito frágil, tenho até medo de dar banho nela de tão magrinha. (MF2)

[...] Não, não me explicaram (profissionais) não, em nenhum momento me orientaram sobre este método (posição canguru), acho que esqueceram. Porque pelo que eu me lembro não, mas ouvi dizer ser muito bom para a criança e por isso fiquei interessada em fazer. (MF4)

O uso da posição canguru insere-se entre os esforços que as participantes e família faziam para garantir o melhor cuidado a criança. Para conseguir efetivar o uso, as tarefas prospectadas à mulher foram apreciadas e ponderadas com situações em que a mulher diminuía ou recolhía-se na sua contribuição com a renda familiar. Algumas participantes apontaram conciliar o cuidado da criança e uso da posição canguru com as tarefas domésticas prospectada a elas. Todos os arranjos intencionaram liberar tempo da mulher para o cuidado da criança e uso da posição canguru. Algumas escolheram o horário de forma articulada com a necessidade da criança em se organizar, ser confortada.

[...] Da pra organizar o tempo, que tem que fazer pelo menos uma hora por dia né, eu trabalho, mas sou profissional liberal, trabalho em casa, mas as vezes é corrido, tenho que levar no médico, trabalho e cuidar dela. (MF2)

[...]Assim, na UCIN ele era mais calmo, aí chegou aqui (no domicílio) ele ficou mais agitado, então foi muito diferente de lá. Aqui faço o canguru, ele fica mais calmo, fica mais tranquilo, aí me organizo para fazer de noite com ele, aí ele dorme porque tenho mais quatro crianças para cuidar, mas estou fazendo neste tempinho.(MF8)

Então, eu faço mais durante o dia, ou mais a tarde que ela está agitada aí coloco ela, ou de manhã. Ela acorda bastante e como é eu sozinha tenho que fazer tudo então é cuidar dela e cuidar da casa ao mesmo tempo e do marido também, porque chega em casa quer conversar quer atenção que comida quer roupa lavada (risos). Meu marido depende do dia que ele chega do serviço, se ele chega cedo ele toma banho e faz, tem dia que ele chega e ela já está dormindo então ele consegue fazer o canguru pelo menos umas duas vezes na semana ele consegue fazer e chaga a ficar uns 40 minutos com ela na posição canguru. Comigo ela fica 1 hora, 2 horas chega até a dormir.(MF6)

As participantes reconheceram esforços do cônjuge/companheiro e pai da criança em contribuir com o cuidado da criança, além de demais membros da família, com destaque para os avós e irmãos da criança. Esses foram apresentados como coadjuvantes que se esforçaram para compor com ela o cuidado da criança, por vezes, inclusive, realizando a posição canguru.

Nessas descrições de arranjos, a disponibilidade e o cansaço dos membros da família, inclusive próprios, foram sempre assinalados. E, no conjunto, sentiam-se sempre com o dever de assumir o cuidado. Algumas trouxeram descrições que sugeriam vivência de solidão e sobrecarga. De todo modo, buscaram sensibilizar membros da família e tentarem envolvê-los com o cuidado da criança e uso da posição canguru.

[...] Estão me ajudando, minha sogra, minha mãe ou meu namorado também. Ppor enquanto estou morando na casa da minha sogra, mas vai morar eu, meu namorado e ela, vamos mudar aí estamos só esperando dar uma ajeitada na casa. Meu namorado trabalha um dia sim e um dia não, aí dá para ele me ajudar e realizar também a posição canguru. Vou falar para ele. (MF2)

[...] Minha mãe me ajuda bastante, meu namorado participa também, mas se sente cansado quando chega do trabalho, mas está aprendendo muita coisa.(MF3)

[...] Só eu e meu marido, minha sogra é bem de idade tem um monte de problemas e minha mãe, ela trabalha em dois turnos: olha uma senhora durante o dia, e à noite com outra senhora. Aqui só eu, meu marido e meu filho, ele (marido) trabalha o dia todo até umas dezessete horas. Mas assim, não é sempre pelo fato dele estar desempregado, então às vezes quando ele não está fazendo o bico ele me ajuda

bastante. Meu menino também me ajuda bastante nos afazeres da casa. E, também se um dia eu tirar o dia para descansar que não deu tempo de fazer os afazeres da casa, ele (marido) não critica, porque tem marido que fica bravo, né? Meu marido já entende, é tranquilo. (MF4)

[...] Quando eu engravidei estava trabalhando, depois pare. Meu marido trabalha aqui, é pedreiro, trabalha de dia. Quando eu vou tomar banho ele fica com o nosso filho no colo. (MF5)

[...] É mais eu sozinha mesmo Quando tem médico e o pai dela (criança) está trabalhando fora da cidade, eu que tenho que me virar, peço uber, coloco na cadeirinha... agora no mercado e farmácia meu marido que vai, ele que ajuda. Hoje eu já estava pensando, vou ter que sacar o salário maternidade aí eu já estou pensando que sou eu que vou ter que levar ela comigo, ai já fico ansiosa! Mas eu só saio com ela mesmo para consulta ou casa da minha mãe.(MF6)

[...] Meu marido tem medo de fazer o uso da posição canguru. Mostrei para ele como faz, mas ele não fez, ficou com medo. Eu falei para ele ganha peso, ele disse que iria tentar. Eu falei para minha mãe, expliquei como fazia, que é só deixar ele de fralda e tirar a roupa, ela queria fazer porque ninguém da minha família sabe, ai expliquei para eles como fazia, que eu já fazia na maternidade e agora em casa que vocês me falaram (enfermeiras visitadoras). (MF8)

[...] Acho que se for pra ajudar ela. Eu ainda não estabeleci na minha cabeça um horário, mas a gente vê sim. Depois da mamada, né, de alguma mamada é até bom essa posição, porque ela tem refluxo... ela adora! [...] Minha mãe vem aqui, tem três dias. Minha mãe me ajuda, quando ela vem ela vai e lava louça, faz minha comida se tiver na hora da comida (MF9)

[...] Meu marido já pega ela no colo, fica com ela, faz a posição canguru, deita e fica um tempão. (MF10)

Na medida em que fizernamo uso da posição canguru e interagiam com a criança para seu cuidado, a pequenezza dela vai sendo simbolizada de modo diferente e o receio e medo, inicialmente sentido em adotar a posição, tranformaram-se em sentimentos de segurança, tranquilidade e confiança, conseguindo confirmar e ter visibilidade das vantagens para ela e para a criança. Entre os símbolos apresentados pelas participantes como tradutores das vantagens do uso da posição canguru em domicílio estaria o conforto da criança, com destaque ao adormecimento e menor agitação. Ainda, demonstraram satisfação e estreitamento de

vínculo com a criança, com realização com o uso da posição canguru em casa.

[...] Não tenho mais medo de realizar , me sinto segura agora. [...] Me acalmou muito, porque eu não sabia o que fazer, ele estava chorando muito, muito nervoso, já tinha trocado a fralda dele, já tinha dado o 'mamã' e nada acalmava, aí depois desta posição acalmou ele e eu também. Hoje faço tranquila, já me soltei bem. (MF1)

[...] eu estou muito contente em fazer porque são vários os benefícios, mas sempre tenho um pouco de medo um pouco de receio... Tenho até medo de pegar ela no colo de tão pequena que ela é, mas já me vejo mais tranquila. É gostoso fazer, ela gosta e fica calminha. (MF2)

[...]Eu acho que é viável utilizar esta posição porque que nem esse contato de pele a pele com a mãe eu acho que é importante e tenho tempo, disponibilidade. Gosto e ela também. É muito bom! (MF4)

[...]Ele era bem menor, fiquei com medo de segurar, até que segurei e foi.Depois melhorou, assim como o primeiro banho.Agora em casa é normal, me sinto segura em realizar a posição canguru, faço sossegada... (MF5)

[...] as enfermeiras da UCIN colocaram ela em meu peito na posição de canguru, aí ela ficou nisto. Foi uma mistura de medo com felicidade, porque ela era bem pequenininha, aquela pelinha sensível e o medo de eu não saber pegar, de derrubar, mas ao mesmo tempo uma sensação de felicidade! E agora vejo que são muitos benefícios eu gostei, ajudou bastante. Agora ela está mais calma que antes, ela era mais chorona, agora está mais calma, sossegada... Você sente!Ela relaxa ao colocar na posição canguru. A hora que tira a roupinha você sente que ela relaxa e dorme, e não quer nem mais sair dali [...]. (MF6)

[...] Às vezes eu tinha medo assim...Por ele ser mais pequenininho, tenho um certo medo, mas hoje me sinto mais segura do que no começo.Quando trouxe pra casa eu morria de medo, aí quando comecei a fazer a posição canguru me deu mais segurança. Porque quando fiz lá na maternidade estava tranquilo, aí vir embora sozinha sem acompanhamento ai fiquei muito nervosa também com medo de não sair leite, ai eu ordenhava e não saia nada, mas ai quando comecei a fazer o canguru ai ajudou a sair bastante leite, então eu comecei a sentir descer o leite foi muito bom. (MF7)

[...] No começo fiquei um pouco ansiosa de ficar com ele aqui em casa, porque cuidar de um prematuro dá muito medo! De dar banho, de dar o leite e ele se afogar...Agora fazendo colocando ele no canguru, ele dorme bem e me sinto mais segura, eu acho bom que assim que coloquei ele ganhou peso. (MF8)

[...]No começo eu fiquei com medo de derrubar ela, ela era muito pequena, mas depois eu fui me acostumando, colocava ela certinho, segurava bem e ela ficava boazinha, chegava até a dormir!(MF10)

Algumas das participantes descreveram os benefícios para o processo de apego e vínculo da criança com o pai quando esse se disponibilizava a experimentar a posição em domicílio. O uso da posição canguru pelo pai ampliou o compartilhamento do cuidado da criança pelo casal.

[...]Venho percebendo ser uma posição muito boa para o desenvolvimento e o vínculo comigo e com o pai dela também, porque ela não gostava de ir no colo do pai dela, não ia no colo do pai dela. Aí com o canguru, agora ela vive querendo o pai dela, tem dia que ela acorda, ela já quer o pai dela, não quer nem eu. Aumentou muito o vínculo dos dois, pois ele tinha muito medo de pegar ela, de tudo, até de trocar a fralda dela ele tinha medo. Ele queria ter vínculo com ela, mas ele tinha medo e a bebê começava a chorar, aí ele já ficava com medo e fazia eu pegar. Agora com a posição canguru eles estão um grude, então aumentou muito o vínculo dos dois (MF6)

Serviços de saúde e fé

Ao narrarem suas experiências de uso da posição canguru, a fé e a religiosidade foram assinaladas como essenciais para o enfrentamento da situação, em especial os vividos durante a hospitalização. O fortalecimento para poderem se fazer presentes diante sofrimentos, incertezas e sentimentos de impotência que surgiram e precisavam ser manejados tiveram na fé a grande ancoragem.

[...] Acho que se eu não tivesse a minha fé, eu acho que eu não ia conseguir passar por tudo que passei com ela, não sei se eu ia conseguir ficar os vinte dias com ela lá, eu não ia conseguir. Se não fosse a fé que eu e meu marido temos em Deus não iríamos conseguir passar por tudo que a gente passou, acho que a gente ia desmoronar, porque pensa: eu ruim, com a pressão alta, cesárea e ficava da sete da manhã às nove da noite do ladinho dela. Se não fosse pela minha fé e Deus me dar força, eu não conseguia. É aquela fé de que vai dar certo, é só uma fase e vai passar. E passa! Eu tenho certeza que passa. É só a provação daquele momento e depois passa, é que nem fala: 'depois da tempestade vem a bonança, que é a nossa fé, que Deus está ali do seu lado junto.' (MF6)

[...] Quando a gente entra em desespero a primeira coisa que vem é a fé. A primeira vez que ele foi para o peito, ele estava com mil e setecentos num dia. Aí cheguei lá, ele estava com 1815g e a gente vai toda feliz! Aí cheguei no outro dia, estava com 1720g. Tinha perdido quase cem gramas num dia! Aí a gente fica triste, né? Mesmo que não tenhamos culpa a gente se sente culpado, porque meu filho tá ali e não posso levar, né? Então acho que minha fé me ajudou muito. (MF7)

É porque eu tenho fé em Deus, eu creio em Deus, mas assim, se eu fosse por eles (médicos), eu ia ficar pessimista. (MF9)

Quanto ao suporte dos serviços de saúde, sobretudo aos da Atenção Básica (AB), as mães apresentaram colocações que denotaram a necessidade de proximidade com os profissionais de saúde nos tempos do pós-parto, de relações mais interessadas em estar com eles no desafio de cuidar da criança em domicílio. Denunciaram a ausência deste suporte, algumas com queixas relativas à falta de esforços dos profissionais em conhecerem suas realidades e considerarem a situação particular que estavam enfrentando. No bojo desses apontamentos, apresentaram a relevância de suportes no momento da internação, a importância

das orientações recebidas para seu encorajamento e empoderamento para o cuidado da criança. Entretanto, ao revisitarem sua experiência, sugeriram que, desde o pré-natal, poderiam ter recebido algum suporte mais específico, dado o fato de terem tido a gestação classificada como de alto risco e mostraram indignação com a ausência dos serviços de AB na transição do hospital para o domicílio. Algumas delas já estavam há tempos superiores há um mês em casa e não tinham sido buscadas pela AB.

[...] No pré-natal nada de comentar de canguru. Porque assim, nas redes sociais eu vejo muito, né? Mas eu não sabia que trazia tantos benefícios. Aí lá foi explicado, no berçário, e vocês (equipe da pesquisa) falaram também [...] Foi no berçário, foi bem diferente, foi gostoso, senti um calor entre eu e ele, foi bem gostoso a conexão que a gente teve. Já sabiam que eu era gestante de risco, porque não conversar disto? Podia já ir preparando, né? (MF1)

[...] Em nenhum momento, nem no pré-natal nem durante a maternidade, fui amparada sobre o uso da posição canguru. Faz falta, pois é algo para o tipo da minha criança. (MF2)

[...] Elas (equipe de enfermagem da UCIN) falaram que era bom continuar fazendo em casa, que era bom para o desenvolvimento dele. Lá me senti bem acolhida, melhor que aqui em casa. Vocês (enfermeiras visitantes) ajudam bastante, conversam, me deram dica sobre amamentação, me ajudaram dar banho nele pela primeira vez, aí depois eu fui pegando o jeito. Mas, assim, eu só ouvi falar da posição canguru depois que ele foi para o berçário. Como pode?! Eu era gestante de risco! Em casa por enquanto não veio ninguém do postinho ainda me orientar, só as visitantes do projeto. Já faz um mês que estou em casa e a próxima consulta só consegui marcar em outubro, difícil! Se dependesse do postinho estaria frita. (MF3)

[...] Ainda não veio ninguém em casa, já faz uma semana que estou aqui em casa. Mas é que essa semana eu fiquei meia escondidinha aqui em casa, porque assim, em questões de visita por causa da pandemia, porque no primeiro dia veio um monte de gente, aí assim, eu fiquei meia com medo porque ela tinha saído da UTI e eu ainda estava de resguardo. E aí essa pandemia aqui em está tendo muito caso, né? E aí eu procurei ficar quietinha, nem souberam que tive alta. Fiquei meia em silêncio, nem comentei nada, aí depois até mandei mensagem para elas (equipe de enfermagem da AB) que tive alta, tudo, aí ela disse “depois a gente vai aí te ver”. Fui na consulta da pediatra, então eu acabei indo na pediatra, mas tem as moças que faz visita na casa para quem tem doença crônica. Acho que precisavam já ter vindo, a gente precisa de apoio. (MF4)

[...] A atenção básica aqui eu não fiz meu cadastro porque é uma demora. Agora na outra UBS eu já tinha cadastro, aí fiquei lá. Mas eu que já fui lá, que fui atrás, para vacina. Eu que fui atrás para avisar que tive bebê, nunca recebi uma visita domiciliar, nunca ligaram nada. Pré-natal fiz na santa casa mesmo, que já fui encaminhada para lá como gestação de alto risco Na UBS aqui não tem ginecologista, nem pediatra direito. E lá pela santa casa fui acompanhada pelo obstetra, mas nunca falaram sobre os cuidados pós parto, só sobre a gravidez. Para amamentar só aprendi na UCIN, aqui não me falaram nada e não foi me falado nada sobre a posição canguru em casa. Parece que pós parto não existe, nem para a pessoa que teve um bebê grave como eu. (MF6)

[...] *Aqui em Descalvado não tem esse tipo de acompanhamento, só passa no posto, leva para fazer consulta. No pré-natal não foi falado sobre a posição canguru e nem tem cursinho de gestante aqui. Mas eles não vêm na casa para saber como está, como está indo, e eu acho importante. Me dá até uma segurança maior. Ontem estava fazendo retorno no ambulatório, tinha uma mãe lá e eu até comentei com ela, que vocês passam uma segurança para nós explica melhor. Falta isto, alguém junto de você quando vai para casa. (MF7)*

[...] *Aqui não passa ônibus que vai para o postinho, muito ruim para conseguir ir nas consultas, aí falaram que se eu não fosse o conselho ia levar meu bebê. Mas tenho dificuldades de condução, se viessem fazer a visita como vocês fazem seria bem melhor, e explicar sobre a posição canguru. Não recebi nenhuma visita, sempre me cobram para ir lá. Faço o possível para leva-lo. E elas aqui, cadê? (MF8)*

[...] *Aqui no posto eu vou passar ainda, vai ser a primeira consulta dela aqui, depois de dois meses. Se eu quiser, eu que tenho que ir lá, eles não fazem visita em casa. (MF10)*

As participantes demonstraram a importância do acompanhamento domiciliar e ficaram gratas por receberem o apoio do projeto de intervenção vinculado ao estudo em que esta pesquisa se inseriu. Tirar dúvidas, incentivar e apoiar o uso da posição canguru nas VDs são entendidas como recursos que emponderam e trazem segurança e confiança para elas administrarem a situação e sentimentos negativos. Há aquelas que relatam que na não existência das visitas talvez não estariam em uso da posição canguru, mesmo com sua adoção na UCIN. Ainda, afirmaram que continuar realizando o uso dela em casa seria entendido como oferta de um cuidado específico e benéfico a sua criança.

[...] *foi uma coisa muito boa, não tínhamos esse apoio. Agora passamos a faixa certinho, como você ensinou, ele dorme bem mais fácil e fica comigo. Talvez sozinha não iria fazer (a posição canguru) aqui em casa. Só agradecimento! Sinto-me cuidando bem dele. (MF1)*

[...] *Se você não tivesse me procurado eu não saberia sobre a posição canguru e não teria segurança em fazer em casa sozinha. Ninguém faz visita e também não saberia sobre os benefícios e isso me incentivou a querer fazer. E tem sido tão bom e importante para nós (ela e criança). Falta muito este apoio, todos precisavam ter. (MF2)*

(..) *Estou bem segura agora, agradeço todo apoio que me deu! Se não fosse você nunca iria saber sobre o uso da posição canguru. E quanto ajudou minha bebê! Você é uma pessoa muito boa. (MF4)*

[...] *Eu que sou sozinha com ela, vocês me dão o apoio que eu não tenho, que consulta assim no médico é uma vez por mês e durante esses 30 dias a gente tem muitas dificuldades, muitas perguntas, que a gente não tem com quem esclarecer. E eu não tenho com quem esclarecer, e muitas vezes vocês ajudam por causa que vocês dão o conselho que a gente consegue fazer e resolve, então ajuda muito, me sinto mais calma. Porque mãe de primeira viagem qualquer coisa já entra desespero, né? E vocês me incentivaram a realizar a posição canguru em casa e meu marido também. E ver a minha bebê crescer e se desenvolver é maravilhoso. Vocês passando a informação a gente vai ficando mais calma, relaxando e segura em realizar a posição,*

ainda mais eu que não tenho ninguém da família, porque minha mãe trabalha só chega à noite e mora em outro bairro, então não tenho a quem perguntar e a quem me orientasse sobre essa posição(MF6)

[...]Me dá até uma segurança maior em realizar a posição canguru em casa e vocês me incentivaram a continuar realizando e hoje vejo os benefícios, acho muito importante(MF8)

[...] vocês tiram minhas dúvidas, me dá um apoio, me incentiva a realizar a posição canguru em casa, além de fazer minha família também participar e fazer. Talvez eu não iria continuar fazendo se não tivesse a visita de vocês. Os serviços de saúde precisam estar mais com a gente depois da alta da criança. Não é só consulta. (MF8)

5 DISCUSSÃO

Como vários estudos trouxeram, as participantes e os membros de sua família são impactados pela aparência da criança, por sua pequenez. Esta atua como um símbolo socialmente compartilhado com o significado de risco, de criança frágil, com risco de morte e adoecimento, a qual requer cuidados diferenciados. Desse modo, em pensamento, as mães questionam-se, nos tempos iniciais de contato com a criança, se alcançarão as competências para efetivamente cuidar dela (FALLEIROS et al., 2018).

O desejo materno e familiar para prover o melhor cuidado a criança se fez presente no relato das participantes deste estudo, quando a posição canguru foi sendo reconhecida como um recurso possível e específico. Em alguns casos, o contato com a posição canguru foi descrito como existente previamente, nas palavras delas 'já tinham ouvido falar a respeito'.

Para as mulheres que foram direcionadas com suas crianças diretamente para o AC, este estudo denuncia a não existência de suporte informacional e nem prático a respeito do MC e/ou posição canguru. O AC tem como preceito a permanência do recém-nascido junto de sua mãe 24 horas por dia e sua adoção está prospectada aos desfechos de aleitamento materno e de segurança para o cuidado da criança, pois promove vinculação e reconhecimento das necessidades da criança (BRASIL, 2014). Ainda, há destaque para a possibilidade de suporte próximo por parte do profissional de saúde (BRASIL, 2014).

Nessa direção, ao se ponderar a ida de uma criança pré-termo e/ou baixo peso ao AC, ficou posta a necessidade de suporte profissional. Assim, entre outras questões, tal realidade deveria remeter o profissional a por em prática o MC ou, minimamente, a posição canguru, tecnologias assistenciais que estão articuladas com esta população pediátrica. A promoção e o apoio para a mulher mãe de criança nascida PT e/ou de BP é fundamental e esteve lacunar neste estudo, especialmente pela ausência de uso e incentivo ao MC e posição canguru no contexto do AC.

O alojamento conjunto é um espaço apropriado e oportuno para o incentivo à posição canguru, visto que seu ambiente tem um potencial mais acolhedor, em contraponto às interações ambientais proporcionadas em uma UCIN ou UTIN. A presença próxima da equipe pode se consumir em apoio, tanto informacional, como em questões práticas, a exemplo do como realizar o posicionamento canguru.

Rosa e colaboradores (2016), em estudo com mães alojadas que vivenciaram a experiência por terem RNPT ou com complicações que demandavam permanência em ambiente hospitalar, evidenciaram que o ambiente do AC foi propício para o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, despertando a sensação de maternidade, pois foi possível participação ativa

nos cuidados do RN. Ressaltaram a importância de um cuidado humanizado que prezasse pelas relações de comunicação, ambiência e acolhimento. Nenhum desses aspectos foram apresentados pelas participantes deste estudo, possibilitando inferências de que não foram ofertados a elas ou não foram marcantes nas suas experiências.

Em contraste com os resultados encontrados, Collaço e colaboradores (2019) constataram que as mães tiveram a oportunidade de conhecer o MC e colocá-lo em prática enquanto permaneceram no AC e evidenciaram que há benefícios para o binômio, principalmente pela proximidade permitida enquanto estavam na posição canguru. Além disso, as mães relataram que se sentiram mais seguras e capazes para fornecer os cuidados demandados por um RNPT.

Portanto, apesar das limitações que possam existir nas diferentes realidades dos ACs pelo país, eles se mostraram como um espaço possível ao MC ou, minimamente, à ampla adoção da posição canguru, com indicativas de incorporação nos serviços. Ressalta-se ser fundamental o suporte profissional, sempre alinhado com as necessidades reveladas por mães, pais e familiares. Nesse sentido, um atitudinal sensível, disponível do profissional é necessário, assim como conhecimento acerca do MC e a posição canguru. Para tanto, a formação continuada é foco e deve estar implementada nas Maternidades e Unidades Neonatais, com inclusão das discussões vinculadas ao MC e à posição canguru.

A relação estabelecida entre mãe e filho se dá de forma primária no período gestacional e se estende no período pós-parto. A partir desse momento, as interações que se formam passam a influenciar diretamente as relações da criança com o mundo, constituindo, assim, necessidade inerente ao processo de crescer e desenvolver-se (ABREU et al., 2020). O nascimento prematuro ou de risco pode trazer como consequências a hospitalização prolongada de crianças que têm suas primeiras horas ou dias de vida marcados por insuficiências de relações de apego (ABREU et al., 2020).

As participantes desse estudo relataram questões nessa direção, com explicitação de angústias e sentimentos de impotência periféricamente ao nascimento de sua criança. A possibilidade de proximidade e participação no cuidado da criança favoreceria a ressignificação destes sentimento, ampliando-se as oportunidades de transformação de entendimentos acerca da criança e seu cuidado. Várias foram as participantes que trouxeram o quanto deslocaram entendimentos, medos e angústias na medida em que foram interagindo com ela e praticando a posição canguru.

A posição canguru, dentro desse cenário que se faz tão fragmentado e tecnológico, traz uma alternativa não convencional e humanizada para promover o bem-estar, segurança e afeto

ao bebê de risco. O estudo de Lewis e colaboradores (2019) aponta que vários são os fatores envolvidos na oferta desse cuidado e que oportunizam ou não a sua concretude dentro ou fora das unidades de saúde, sendo que alguns elementos dizem respeito aos fatores organizacionais, educacionais e financeiros. Os fatores maternos estão presentes e correlacionados ao interesse, disposição, informação e percepção do benefício da posição canguru ao binômio mãe-filho.

Diante do exposto, é claro que diante de chances de um nascimento prematuro e/ou de criança de baixo peso, já se pondere conversar no pré-natal acerca desse tema e no bojo ocorra a apresentação do MC e/ou posição canguru como uma possibilidade de cuidado. O pré-natal, para além de só acompanhar a evolução da gravidez, é um espaço relacional que está prospectado ao acolhimento. Portanto, incluir, discutir e esclarecer questões únicas para cada mulher, companheiro e família (ASSUNÇÃO et al., 2019). Os resultados deste estudo trouxeram limites neste âmbito, os quais foram resgatados na rememoração que compôs a experiência do uso da posição canguru.

De modo geral e convergendo com o estudo, as evidências científicas apontam que prover as mães de informações precoces à realização da posição canguru fortalece o reconhecimento dos seus benefícios, apesar das dificuldades enfrentadas com a adaptação ao novo processo (LEWIS et al., 2019). O temor de que o contato pele a pele possa causar prejuízos à saúde da criança faz com que as mães questionem, em alguns momentos, sua eficácia, fato que se torna uma barreira a sua realização (LEWIS et al., 2019). Tal aspecto não foi observado no presente estudo, talvez pelo fato de as mães terem, em interações sociais anteriores, ouvido ser essa prática um cuidado específico para as crianças prematuras e/ou BP, como evidenciado em excertos acima.

As participantes que fizeram uso da UCIN foram, de algum modo, apresentadas e apoiadas em questões relativas ao Método Canguru, inclusive o uso da posição canguru e a opção de seguir com a mesma após a alta foi articulada a essa experiência no contexto hospitalar. Desde aquele tempo, identificaram benefícios para a criança e para ela, mulher/mãe. Em consonância com resultados do estudo de Caetano e colaboradores (2020), relativo à posição canguru, as participantes identificaram promoção do vínculo afetivo, ganho ponderal de peso e ganhos desenvolvimentais, todos promotores de satisfação para a mãe.

A realização do posicionamento nos tempos da UCIN foi entendida como um momento prazeroso e de cuidado que contribuiu tanto para a recuperação da criança quanto para a autonomia materna em desempenhar seu papel, quando os aprendizados e a autoconfiança emergiram. Assim, o uso da posição canguru, desde os tempos de hospitalização em continuidade a pós alta da criança, fornece o suporte ao processo de maternidade. Todavia, há

de se atentar para um olhar que toma unicamente ou com grande acento a mulher.

As participantes do estudo de Nascimento e colaboradores (2020), assim como as deste, projetavam poder dar colo, efetivar cuidados de higiene e alimentação no ambiente neonatal com suporte dos profissionais de saúde. Almejavam ter seu companheiro e seus familiares de algum modo considerados. Contudo, o conjunto dos resultados evidenciou estar o cuidado da criança atribuído como função feminina, para a qual o homem e a família ficam em um lugar de aparente suporte e/ou 'opção' de participação colaborativa.

Essa forma de tomar o método e uso da posição canguru acaba por trazer a problemática da sobrecarga de atribuições na mulher/mãe da criança, como discutido por Bernardo e Zucco (2015). Naturaliza-se, nas interações sociais, esse lugar, sobretudo quando profissionais de saúde reforçam isso, via colocações e permissões, desde os primeiros contatos com o casal e sua família. A qualificação para o uso da posição canguru não está apenas com a mulher, está com qualquer humano que se disponibilizar a tal. Poucas foram as participantes que narraram a participação do companheiro no uso da posição, assim como quando a fizeram, era nítida a discrepância entre ela e ele no quesito de quantidade de tempo dedicado a isto. Portanto, ficam sugestões de estudo que explorem esse entendimento social, assim como convite para estudo intervenção explorando a inserção ampla do homem no uso da posição canguru, tanto nas unidades hospitalares como no domicílio.

Concorda-se com Bernardo e Zucco (2015) acerca de carência de estudos que tomem na centralidade essa questão. Ainda, a experiência paterna diante o uso da posição canguru em domicílio ou outros correlatos a este núcleo são necessários para adensar discussões nessa linha.

No conjunto, pode-se sintetizar que a opção de tentar fazer uso da posição canguru em domicílio esteve vinculada, no caso das mulheres que estiveram no AC, a terem apreendido em interações sociais ser o método canguru uma tecnologia própria para crianças na situação das delas e, para as da UCIN, ter sido apresentada, ter vivenciado e ter testemunhado benefícios nos tempos de estada nesta unidade. Ainda, a manutenção do uso no domicílio estaria atrelada à confirmação, a partir do apreendido nas interações com a criança, consigo e com os membros familiares, ser algo benéfico a todos. Especificamente, destacaram, em termos da criança, o ficar mais calma, existir ganho de peso, maior tranquilidade no sono e estreitamento da relação do pai. Em termos maternos, o vivenciar de sentimentos positivos em relação ao seu papel.

Deixaram implícito que apesar da pouca especificidade da prática, ela só era pautada para o contexto da internação em unidade neonatal, fato que minimiza seu uso e limita que crianças e mulheres possam desfrutar dos benefícios desta tecnologia leve de cuidado. Quando direcionamos atenção para os programas e documentos nacionais orientadores da atenção em

saúde no contexto da gestação e nascimento de alto risco, há clara implicação da AB, inclusive apontando-na como a ordenadora desse cuidado (BRASIL, 2016). Especificamente, no documento orientador do Método Canguru, está que a primeira etapa deve ter seu início ainda no pré-natal de risco, realidade vivida pela maioria das participantes do estudo. Ademais, a terceira etapa estaria toda sustentada na AB.

As incipiências relativas à presença da AB, relatadas neste estudo, foram sérias, sobretudo quando revelam estarem há tempos em domicílio e ainda não terem tido contato com serviços da AB ou, nos casos em que tiveram, ter sido elas quem os procuraram. Na não inserção delas no estudo que tinha como intervenção a oferta de visita domiciliar por enfermeiras, todas estariam solitárias na transição hospital-domicílio no contexto do parto e nascimento de risco.

Um estudo qualitativo, junto aos profissionais de saúde e às mães-canguru do nordeste brasileiro, com o objetivo de compreender a continuidade da terceira etapa do Método Canguru na perspectiva de mães e profissionais de saúde, identificou o desconhecimento dos profissionais acerca da terceira etapa do método como um núcleo que determina descontinuidade do cuidado à família (REICHERT et al., 2021), fato também presente nos achados deste estudo. Na mesma linha, ausência de VDs a estas famílias e, portanto, de suporte para o uso da posição canguru estiveram lacunares no estudo mencionado, bem como nesta pesquisa. Concorde-se com a colocação de *“que a comunicação entre os serviços no momento da alta hospitalar reduziria a fragmentação do cuidado e a transferência de responsabilidades dos profissionais da APS para as mães-canguru no que tange ao contato inicial com o serviço”* (REICHERT et al., 2021, p.2), como aqui denunciado.

A chegada de uma criança no contexto familiar ocasiona transformações no ambiente e na dinâmica, novos papéis e responsabilidades surgem e precisam ser acomodadas. Quando esse processo se dá no contexto do nascimento de uma criança pré-termo e/ou baixo peso, prospecta-se preocupações diferenciadas e que quando contam com suporte profissional podem desdobrar em experiências menos difíceis e sofridas.

Para Cecílio e Reis (2018), AB é a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscar o acesso universal e a proteção social, produzir respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigar danos sociais e ambientais sobre a saúde. Eles ainda reforçam que a AB deve ser ordenadora e coordenadora de uma resposta ampla de cuidados em todos os níveis de atenção, sendo responsável, ainda, por articular a participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos

mecanismos de *accountability*.

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem em seus pressupostos práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, trabalhando de forma interdisciplinar e em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, orientada pelos princípios do vínculo, da equidade e da participação social, dentre outros. Vale destacar que todos os membros da equipe têm que, entre suas atribuições, estimular a participação popular e o controle social, realizar diagnóstico situacional com a participação da comunidade, promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins voltados para a promoção de saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal (MELLO; SILVA; PANCIERI, 2017).

De acordo com Senna e colaboradores (2012), a intersetorialidade é a chave para a conquista da integralidade, pois visa articular diferentes órgãos e setores na busca da melhoria da qualidade de vida da população, entendendo que se cada indivíduo deve ser trabalhado como um todo, os setores também precisam trabalhar juntos. Nesse sentido, a ESF tem papel fundamental na busca e coordenação da articulação dos diversos setores, visando a melhoria das condições de vida e saúde da população do seu território.

Dessa forma, o desejado seria que cada profissional da equipe tivesse autonomia para resolver ou buscar soluções para os problemas do seu território de atuação, procurando parcerias com os demais setores. Entretanto, essa autonomia, muitas vezes, não é executada e quando é esbarra em muitos processos burocráticos, filas de espera, profissionais não resolutivos e encaminhamento da demanda para outros setores que terminam por inviabilizar a construção da rede de cuidado e desmotivar o profissional a tentar vias alternativas ou enfrentar as vias de fato até conseguir uma resposta (SENA et al., 2012).

Outro ponto que dificulta a AB de cumprir seu papel como ordenadora do cuidado, destacado por Sena e colaboradores (2012), seria a falta de informação dos profissionais quanto ao fluxo do usuário na rede, ao atendimento em outros setores e em como contatar demais setores da saúde dentro da gestão. De fato, a rede de atenção é dinâmica e mutável e isso acaba por confundir determinados trâmites e fluxos, mas não justifica a postura passiva do profissional em relação à busca por respostas aos problemas encontrados no cotidiano do trabalho. Os trabalhadores têm entendimento sobre a intersetorialidade, sabem ao que ela se propõe e compreendem que o setor de saúde não consegue promover a saúde sozinho. Porém, são facilmente desanimados diante da fragmentação das políticas e da falta de diálogo entre os órgãos da administração pública (MELLO; SILVA; PANCIERI, 2017).

Logo, sabe-se que a construção da intersetorialidade constitui um desafio, haja visto a

fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais centralizadas, setorializadas e competitivas, bem como pela ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e, ainda, pelo predomínio da racionalidade médica nas áreas da saúde. Sendo assim, torna-se crucial a questão da formulação, por parte da gestão, de políticas públicas que dialoguem entre si, que atendam ao princípio da integralidade e não tenham seu foco apenas em determinado aspecto, mas que considere o contexto familiar e territorial da população. Cabe também às escolas de saúde ressaltarem a importância do trabalho intersetorial dentro do currículo escolar (SENA et al., 2012).

Em 1999, com a proposta de humanizar o atendimento ao recém-nascido (RN) hospitalizado de modo a atender as demandas para o cuidado desenvolvimental do bebê pré-termo e/ou de baixo peso surgiu, no Brasil, a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (NAHRNBP) – Método Canguru”. Esse método é formalizado enquanto Política Pública de Saúde, tendo sua nomenclatura adaptada no país para MC, por compreender que se trata de uma ação que não atinge apenas o binômio mãe/filho, mas todo o seu núcleo familiar. Na realidade brasileira, o método objetiva, principalmente, humanizar e qualificar o atendimento neonatal, favorecendo o desenvolvimento global da criança e o vínculo familiar (AIRES et al., 2015).

Os RNs pré-termo e/ou de baixo peso na terceira etapa do MC receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e da Atenção Básica (AB). Ao atingirem o peso de 2.500 gramas, serão avaliados e, respeitando os critérios de elegibilidade para acompanhamento especializado, encaminhados para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação, havendo sempre a garantia de todos os cuidados propostos pela AB. Vale destacar que o Ministério da Saúde propõe a participação da AB em conjunto com o hospital nessa etapa, através da atuação das equipes da ESF em Visitas Domiciliares (VD). No entanto, a articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde ainda é tímida, sendo o seguimento destes bebês realizado quase que predominantemente em nível hospitalar. Estudos indicam a necessidade de investir na AB para o atendimento dos bebês pré-termo e/ou de baixo peso (BRASIL, 2017; AIRES et al., 2015).

Especificamente as mulheres participantes do presente estudo receberam a intervenção de doutoramento, a qual consistia em VD efetivada por enfermeiras. De acordo com Mello, Silva e Pancieri (2017), a VD oferece possibilidades para suporte às mães, assim como para o desenvolvimento de habilidades parentais, incremento dos cuidados à saúde no pré-natal e a saúde da mulher e da criança, contribuindo para reduzir riscos de mortalidade em contextos de adversidades. Sendo assim, tal método apresenta-se como uma ação estratégica e diferenciada

de suporte às famílias.

No campo da saúde pública, a VD pode prover suporte social, emocional, educacional e de cuidado à saúde com parceria com as famílias. Nesse sentido, é importante que a VD se concretize como uma ferramenta de cuidado à saúde, sendo capaz de permitir ao profissional auxiliar os pais na identificação das necessidades da criança, incentivando-os a refletir e ressignificar as situações cotidianas de cuidado, reforçando aspectos positivos e fornecendo subsídios de incentivo às práticas parentais de promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo como alicerce o vínculo construído entre os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2017; AIRES et al., 2015).

De acordo com Savassi (2016), o cuidado no domicílio é uma das tarefas das equipes de AB, em especial das Equipes de ESF, que desde sua regulamentação têm entre suas atribuições executar ações de assistência na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade. Dentre os componentes da AB, os agentes comunitários de saúde (ACS) têm destaque nesse quesito, uma vez que eles são responsáveis por acompanhar, por meio de VD, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.

As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês. Sendo assim, por estarem em situação de vulnerabilidade, as gestantes de alto risco devem receber visitas periodicamente com o intuito de prevenir o trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

Sendo assim, a atenção domiciliar é direcionada, em especial, para os neonatos com indicação de fototerapia, prematuros e/ou de muito baixo peso que necessitem de antibioticoterapia venosa e de terapia respiratória não invasiva, além de cuidados às lactentes com deficit neurológico, traqueostomizados ou gastromizados. Para a mãe, as indicações referem-se às complicações do parto, tais como a infecção puerperal, as complicações de pós-operatório ou outras (BRASIL, 2013). Entretanto, as participantes do estudo pontuaram que não receberam visita puerperal, evidenciando-se as lacunas quanto ao acompanhamento na AB, aspecto que fragiliza o acolhimento das necessidades da família. Ainda, relataram que se não fossem pelas visitas propostas pelo estudo em questão, estariam completamente desamparadas e desacolhidas .

Transformar este cenário é premente. Um dos caminhos para tal é promover, via formação continuada em serviço, crítica acerca da situação e identificar necessidades dos profissionais e serviços. Tais necessidades podem estar no âmbito dos conhecimentos, mas

também no âmbito da gestão e da corresponsabilização e dos compromissos do profissional, os quais se expressam em atitudinais e pedem processos formativos críticos.

O quanto há de conhecimento acerca da posição canguru e seus benefícios por parte dos profissionais do AC e AB não está suficientemente disponível na literatura e se revela como um outro núcleo de aposta para futuros estudos. Porém, o nó crítico pode estar em outro âmbito e, nessa direção, são as intervenções formativas críticas centradas nas especificidades dos profissionais e serviços que favorecem deslocamentos transformadores.

De todo modo, a relação entre os serviços e a continuidade do cuidado é fragilizada no Brasil e ao se tomar que a alta hospitalar e a transição para o domicílio é tempo crítico para a família, com potencial para sentimentos de ansiedade e inseguranças, pressume-se ser esta outra questão a ser considerada e transformada.

Esses tempos requerem construção de redes de apoio social, quando membros familiares e serviços de saúde costumam estar implicados. A literatura tipifica o apoio social em emocional, informativo e instrumental. O apoio emocional engloba edificação de sentimentos de pertencimento, estima e/ou valorização. O apoio informativo agrega conhecimentos, dicas e conselhos que têm o potencial de colaborar junto à resolução de alguma situação. E o apoio instrumental consiste na provisão de ajuda material ou prática com tarefas (THOITS, 2011). Nessa direção, é fundamental a visibilidade da rede de apoio social pela mulher, assim como deter o profissional uma aproximação com essa rede para que possa fazer intervenções que potencializem o uso da mesma pela mulher, na direção do atendimento de suas demandas e necessidades. Quando a rede de apoio social efetiva seu apoio, ela promove bem-estar e saúde individual (LATKIN; KNOWLTON, 2015).

A visibilidade de uso da rede de apoio social favorece as mulheres e famílias o alcance de dinâmicas familiares mais funcionais, em especial, quando são estabelecidas de forma aberta e colaborativa entre os membros da família. Os participantes descreveram necessidade de adaptações na dinâmica familiar com vistas a garantir tempo da mulher para o cuidado da criança e fazer uso da posição canguru. Alcançar o suporte mútuo, com contribuições para a continuidade do cuidado à criança na transição hospital-domicílio, é uma necessidade familiar e da mulher (SILVA; OLIVEIRA, 2019). Quando a família, como unidade não é reconhecida, tende a ficar desacolhida com desdobramento a sua possibilidade de estar com a mulher/mãe em suas demandas e necessidades. A orientação e acolhimento da família ao longo dos tempos de hospitalização da criança está descrita como insuficiente (FROTA et al., 2013) e também foi assim trazida pelos participantes deste estudo.

Ainda, cabe registrar que, nesse contexto instável em termos de apoio, a fé e

religiosidade estiveram apresentadas como recursos de suporte. Sugere-se que o tema deva ser incorporado aos estudos acerca das propostas de políticas de assistência à saúde, uma vez que o sujeito deve ser compreendido e, preferencialmente assistido, a partir de seu contexto biopsicossocial. A discussão acerca da prematuridade, enfocando os processos subjetivos maternos em relação à esperança e ao medo da morte do bebê durante o parto inesperado e depois a ida para UTIN provoca ainda mais ansiedade, medo e sentimento de impotência na contribuição da recuperação do filho. Assim, nessa situação, a utilização da religiosidade serve como amparo e esperança na sobrevivência do bebê.

Um estudo brasileiro, com o objetivo de compreender a religiosidade praticada pelas mães do método-canguru no enfrentamento da hospitalização dos neonatos prematuros, reforça a influência da religião e do reconhecimento da religiosidade no enfrentamento da prematuridade, assim como menciona a importância da existência de grupos de oração entre as mães, demonstrando que com esses os sentimentos de medo e solidão, devido ao distanciamento familiar e social, são amenizados ao serem compartilhados pelas outras mães nesse grupo. Desse modo, assim como esse, recomenda-se a consideração desta questão para que ela seja considerada e acolhida como estratégia de aceitação e enfrentamento da prematuridade e/ou nascimento baixo peso da criança (SILVA et al., 2019).

O uso da posição canguru no domicílio esteve significada como prazerosa, de benefícios a todos da família e singular às necessidades da criança, mas interessante de se efetivar com um suporte profissional. Contudo, denúncias quanto a falta de suporte específico no tema no AC estiveram presentes, assim como incipiência da AB em sua forma de estar com as famílias, quiçá pautar o MC ou a posição canguru.

A família é protagonista do cuidado à criança, mas para que seja favorecida e suportada na sua organização, dinâmica e funcionamento diante do nascimento da criança prematura e/ou de BP e seu cuidado, demanda de apoio e compreensão de suas necessidades, precisa ser vista como uma unidade a ser cuidada. Ou seja, a filosofia do Cuidado Centrado na Família (CCF) precisa estar incorporada nos profissionais de todos os níveis de atenção à saúde.

Os resultados levam à reflexão sobre o importante espaço de ação da enfermagem, visto o anseio das mães em quererem entender e realizar a posição canguru e as particularidades para o cuidado de recém-nascido PT ou BPN no domicílio. A enfermagem esteve mencionada, neste estudo, em duas situações principais, todas na direção de acolher dúvidas e empoderar a mulher para o cuidado da criança e uso da posição canguru: na UCIN e no programa de visita domiciliar. Assim, extraído o vivido na UCIN, o provido pelo governo brasileiro esteve lacunar em termos de acolher as necessidades das mulheres.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou analisar a percepção de mães de crianças nascidas pré-termo e/ou baixo peso quanto ao uso da posição canguru em domicílio. Incorporar a prática nos tempos em domicílio articulou-se, inicialmente, com o reconhecimento de ser um cuidado de especificidade à situação de sua criança, aspecto disseminado em interações sociais mais amplas na comunidade. Em um segundo momento, a introdução e uso da posição na UCIN faz com que as mães identifiquem benefícios para a criança, para ela mulher/mãe e para o pai/companheiro, todos integrantes de sua decisão de seguir com o uso no domicílio, a partir do convite recebido. Por sua vez, o uso em domicílio mantêm-se por referendar aos benefícios que já vinham percebendo na UCIN, com o diferencial de resignificação de sua apreensividade no cuidado da criança para o prazer e a naturalidade em realizar essa ação. Em adição, notou-se inserção de outros membros familiares e as repercussões positivas deste fato.

Ao discorrerem acerca da percepção de uso, retomam os tempos de estada no hospital e da atenção pré-natal, especialmente àqueles aspectos que envolvem a ‘apresentação das particularidades de sua criança e a necessidade de lidar com o entendimento de fragilidade dela (criança)’, significado que a coloca em lugar de apreensão, preocupação e certo distanciamento. Talvez, se a posição canguru já tivesse inserida na caderneta de saúde da mulher e abordada pela equipe, essa já iria se familiarizando com a tecnologia leve e já despertaria o desejo de ser envolvida e cuidar da melhor forma da criança.

O questionamento de serem ‘capazes de cuidar’ ocupou suas reflexões e, para aquelas que estiveram na UCIN, o convite e suporte profissional, em especial da enfermagem, para o uso da posição canguru foi um diferencial que ajudou a transformar de entendimento de si e da criança, edificando significados de poderem ser capazes sim de cuidar da criança. Já para aquelas que estiveram no AC, não foi dada a oportunidade de uso da posição canguru enquanto hospitalizada, inclusive a prática nem fora mencionada. Ao serem convidadas a tentarem o uso em domicílio, aceitaram pelo que sabem socialmente acerca dele e foram introduzidas à confirmação desses saberes e a todas as mesmas descobertas das mulheres que estiveram na UCIN.

A partir dessa ação, todas, ao longo do tempo em domicílio, com o suporte das enfermeiras visitadoras do projeto de pesquisa vão se tornando seguras e autônomas no uso e no cuidado da criança.

As denúncias acerca da ausência da AB no suporte a elas são feitas, sobretudo pelo entendimento de que nos tempos de adaptação ao cuidado em domicílio de uma criança nascida de risco, contar com um suporte profissional é um diferencial capaz de favorecer um processo

menos solitário e sofrido, bem como promover o alcance de conforto e satisfação no cuidado da criança, o qual tem no uso da posição canguru um propulsor. Ou seja, a percepção positiva, neste estudo, foi articulada com um suporte profissional próximo para conhecer como a mãe vivencia o uso da posição canguru em casa, compartilhar conhecimentos, ofertar escuta e acolhimento para encontrar as estratégias para reconhecerem e lidarem com as necessidades de seu filho e tentarem conciliar com as possibilidades da família.

Valorizar essa experiência é peça fundamental para o desenvolvimento de planos cuidados, abrangendo aspectos biopsicossociais. A Enfermagem, os profissionais de saúde, em especial do AC e AB, estiveram apontados como pouco envolvidos com a questão do suporte às famílias que experienciaram o nascimento de criança pré-termo e/ou BP, com necessidade de deslocamentos. A posição canguru foi percebida como adequada para estruturar o processo de estabelecimento do cuidado e parentalidade em domicílio, com recomendação de ser pautada e introduzida nos tempos em hospital.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, p. 224-232, 2015.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Management of infants born to mothers with suspected or confirmed COVID-19*. [cited 2021 Jan14]. Available from: services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections-clinical-guidance-faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/

ARAÚJO A. L. *Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido prematuro na UTI Neonatal*. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Universidade Anhanguera, Osasco/SO, 2018.

ARRUDA G. T, et al. Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 2, 2018.

ASSUNÇÃO, C. S. et al. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes.

BARBERO P. et al. SARS-CoV-2 in pregnancy: characteristics and outcomes of hospitalized and non-hospitalized women due to COVID-19. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, p. 1-7, 2020.

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Caderno Educação*. v. 30, p. 187-199, 2008.

BENHAMOU, D. et al. Coagulations changes and thromboembolic risk in COVID-19 obstetrics patients. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, v. 39, n. 3, p. 351-353,. 2020.

BOUNDY, E. O. et al. Cuidado Mãe Canguru e Resultados Neonatais: Uma Meta-análise. *Pediatria*, v. 137, n. 1, p.1–16, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. *Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. *Secretaria de Atenção à Saúde*, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. *Datasus: informações de saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos em 2011*. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. *Datasus: informações de saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos em 2011*. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Fluxo de decisão para amamentação no contexto da COVID-19. *Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Relatório de Pesquisa: Avaliação dos Resultados do Cuidado Neonatal sob a Perspectiva a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno*. Ministério da Saúde: Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota técnica nº14/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SarsCoV-2). Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. *Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Fluxo de decisão para amamentação no contexto da COVID-19. *Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. *Portaria nº 1.153*, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. *Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.683. Aprova, na forma do anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, v. 11, n. 4, p. 589-597, 2019.

CAETANO, A.; MENDES I.; REBELO, Z. Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 17, 2018.

CAPANNA, F., et al. Preparando uma unidade obstétrica no coração da greve epidêmica do COVID-19: dicas rápidas de reorganização. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2020.

CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, B. R. Fatores preditivos a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo caso-controle. *Revista Educação em Saúde*, v. 7, n. 1, p. 100-108, 2019.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CHAGAS, M. A. et al. Percepção das mães acerca da vivência do Método Canguru. *Revista Eletrônica FAINOR*, v. 10, n. 3, p. 424-435, 2017.

CHARON, J. M. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CLARKE, V.; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*, v. 26, n. 2, p. 120-123, 2013.

COLARES, L. F. et al. Evolução ponderal dos recém-nascidos prematuros acompanhados na terceira etapa do método canguru na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou. *Revista de Ciências da Saúde da Amazônia*, v. 1, n. 1, p. 38-55, 2015.

COUTINHO, E. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Revista Infad de Psicologia*, v. 1, n. 2, p. 431-440, 2016.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CUSTODIO, N. et al. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. *Revista Enfermagem*, 2016.

DEFILIPO, E. C. et al. Kangaroo position: Immediate effects on the physiological variables of preterm and low birth weight newborns. *Fisioterapia em Movimento*, v. 30, n. 1, p. 219-227, 2017.

FARIAS, S. R. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, n. 15, 2017.

FERREIRA, A. P. A., et al. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 21, n. 2, p. 335-343, 2011.

FERREIRA, D. D. O. et al. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 4, p. 1-7, 2019.

FONTES F. S. et al. Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro na Perspectiva da Reorganização Comportamental-Um olhar de Enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 3, n. 3, p. 2045-2052, 2011.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013.

FROTA, M. C. Q. A. et al. Importância pediátrica dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 21, n. 3, p. 125-129, 2019.

GOES, J. F. *Clampeamento tardio do cordão umbilical: Estudo de corte*. Rio de Janeiro, 2017.

LAMOUNIER, J. A. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 37, n. 4, p. 486-493, (2019).

LATKIN, C. A.; KNOWLTON, N. A. R. Social Network Assessments and Interventions for Health Behavior. *Change: A Critical Review Behavior Medicine*, v. 41, n. 3, p. 90-97, 2015.

MEDEIROS, L. G. S. *Método Canguru: percepção materna e estratégias de enfrentamento*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Católica de Santos, Santos.

MELLO, D. F.; SILVA, R. M. M.; PANCIERI, L. Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 13-22, 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 408 p.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

NASCIMENTO, A. C. S. T. et al. O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, 2020.

NUNES, C. R. N. et al. Relação da duração da posição canguru e interação mãe-filho prétermo na alta hospitalar. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, n. 2, p. 136-143, 2017.

OLIVEIRA, G. C. *Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros*. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

PAES, C. C. D. C.; PAIXÃO, A. N. P. A. Importância da abordagem da educação em saúde: Revisão de Literatura. *REVASF*, v. 6, n.11, p. 80-90, 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 1, e20200077, 2021. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, n. 03, p. 576-581, 2019. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, p. 1168, 2019.

RUSCHEL, L. M. et al. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2018.

SANTOS, M. H.; AZEVEDO, F. O. F. M. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 1, p. 68-76, 2016.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.

SENA, L. A et al. Intersetorialidade e esf: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, p. 337-342, 2012.

SILVA, A. C. et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre s religiosidade praticada pelas mães do Método Canguru. *Fragmentos de cultura*, v. 29, n. 4, p.612-621, 2019.

SOLANO, L. C. et al. Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em estudo*, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

SPEHAR, M. C; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preterm birth*. Fact sheet. Geneva: WHO, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "POSIÇÃO CANGURU E PARENTALIDADE: SUPORTE VIA VISITA DOMICILIAR" desenvolvida por mim Ana Izaura Basso de Oliveira, sob orientação da Profa. Dra. Monika Wernet do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Eu sou enfermeira, trabalho em unidades pediátricas e, no momento, estou cursando doutorado na Universidade Federal de São Carlos. O estudo para o qual lhe convido é parte deste doutoramento.

O estudo olhará para os alcances de suporte à mãe de crianças que nasceram prematuras e de baixo peso. O suporte é realizado a partir de visitas domiciliares semanais a você, quando vou estimular e apoiar o uso da posição canguru por um mínimo de uma hora por dia e conversarei contigo acerca de como vem sendo cuidar da sua criança em casa, orientando e acolhendo suas perguntas e colocações. No fim do meu estudo eu avalio como foi isto para você, o impacto que receber a visita teve. Para isso eu vou usar o Instrumento chamado “Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira”. Ele avalia o quão confiante os pais estão para o cuidado com seu filho recém-nascido prematuro e/ou baixo peso. Irei utilizá-lo duas vezes: uma logo após a alta do hospital, no máximo 24 horas após a alta e outra no término das visitas, o que irá acontecer após 12 meses do início delas. Para responder este instrumento você levará cerca de 15 a 20 minutos.

As visitas domiciliares ocorrerão semanalmente, a intenção é de conversarmos acerca do uso da posição canguru e sobre dúvidas a respeito da maternidade e cuidados com sua criança e a intenção é que ela dure cerca de 30 a 40 minutos. O horário e dia das visitas será pactuado de comum acordo entre você e eu. Assim, sua participação nesta pesquisa consiste também em receber visitas da pesquisadora, que é enfermeira, e adotar a posição canguru em domicílio por uma hora contínua por dia. As recomendações do Ministério da Saúde do Brasil são as que direcionarão a orientação da pesquisadora deste estudo. Cabe mencionar que, para eu não esquecer sobre o que conversamos, todas as visitas serão gravadas em áudio. Em outro momento eu pretendo transformar tudo em texto e analisar o que conversamos para discutir o suporte a mães que tiveram crianças prematuras e de baixo peso como você. Assim, um dos benefícios da pesquisa é essa contribuição para as práticas dos profissionais de saúde, em especial de enfermeiros. Outro benefício é você contar comigo de forma regular para acolher

você, suas perguntas no que diz respeito ao cuidado de sua criança. Ainda, como uma das condições do estudo é fazer uso da posição canguru, você e sua criança irão desfrutar dos benefícios já conhecidos do uso dessa posição: redução do tempo de separação entre a criança e sua família, aumento do vínculo familiar, maior confiança e competência dos pais, estímulos sensoriais positivos, melhora no desenvolvimento da criança, estímulo ao aleitamento materno, melhora do controle térmico da criança, redução das infecções infantis, estresse e dor.

Há riscos nesta sua participação? Precisamos dizer que sim, imaginamos que pode ser possível seu desconforto nas conversas que teremos, principalmente até criarmos um laço entre nós. Ainda, haverá o compromisso com o uso da posição canguru, que também pode fazer com que você tenha que pensar como organizar seu dia a dia para conseguir cumprir a uma hora mínima de colocação de sua criança nesta posição por dia. Quanto aos riscos para sua criança diante do uso da posição canguru, trazemos que para a criança clinicamente estável, o Ministério da Saúde não elenca riscos potenciais. De todo modo, eu assumo esforços máximos de apoio à você e sua família, sensibilidade e atenção para manifestações e sinais sugestivos de desconforto e/ou preocupação, validando-os com você os mesmos e conversando sobre como eu posso ajudar, inclusive deixando você a vontade para interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Assumo que farei isso prontamente, de acordo com seu desejo. Ainda, no caso de revelação de sofrimentos intensos e com os quais não consigamos lidar, comprometo-me a apoiá-los a encontrar na rede de saúde pública da sua cidade de sua residência algum serviço ou profissional que os acolham e acompanhem, com esforços para que o acesso se efetive.

Além disso, assumo que adotarei esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo e zelarei pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato, ou seja, não revelaremos seus nomes em hipótese alguma e não apresentaremos dados que possam levar a identificação de suas identidades.

Nem você, nem sua família terão gastos em participar do estudo, assim como, não receberão benefícios financeiros para tal. Caso haja danos que forem comprovadamente gerados pelo estudo, assumo o custo com o tratamento do mesmo.

Acrescento que, em virtude da situação atual da pandemia pelo SARS-CoV-19, adotarei todos os cuidados relativos à prevenção de contágio, como o uso apropriado de máscara e outros EPIs que se façam necessários, bem como a higienização das mãos com lavagem sistemática ou o uso de álcool em gel, etiqueta respiratória e formas de cumprimento e contato social.

As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, a minha orientadora Professora Monika Wernet, a mestranda Bárbara de Souza Coelho Legnaro e a

graduanda de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Gabriele Petruccelli, as quais me apoiam com a transcrição das nossas conversas na visita domiciliar e por vezes me acompanharão durante elas.

É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. Reforçamos que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você receberá uma cópia deste termo onde constam dados para contato com a pesquisadora principal e a orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

Ana Izaura Basso de Oliveira – pesquisadora principal

Fone: (016) 3351-8334 ou (016) 99725-1375

E-mail: anaizaura@gmail.com

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data _____, ____ de _____ 20__.

Participante da pesquisa (Mãe da criança)

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POSIÇÃO CANGURU E PARENTALIDADE: SUPORTE VIA VISITA DOMICILIAR

Pesquisador: ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31848820.4.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.108.812

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de natureza mista integrativa, quanti-qualitativo, com abordagem transformadora concomitante. Prevê o desenvolvimento de intervenção de suporte para o uso da posição canguru em domicílio, por meio de visitas domiciliares conduzidas por enfermeiro. As mesmas estão prospectadas para acontecerem por doze meses. A primeira fase do estudo será composta pela realização de uma revisão integrativa para identificar as necessidades das mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso após a alta hospitalar, com vistas a propor o instrumento guia da visitação. A segunda fase, quantitativa, visa avaliar a autoeficácia da mulher para cuidar de sua criança em domicílio, por meio da aplicação do instrumento Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira no dia da alta hospitalar ou dia seguinte a ele e, ao término das visitas. A terceira fase é de abordagem qualitativa, ancorada pelo referencial “Teoria das Transições de Afaf I. Meleis” e desenvolvida aos moldes do Estudo de Caso proposto por Yin. Intenciona apreender a experiência de uso da posição canguru e do suporte recebido a partir das visitações. O estudo intenciona colaborar com a ampliação do Método Canguru no Brasil, bem como com tecnologias que contribuam com a saúde de crianças e deem suporte ao desenvolvimento da parentalidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as experiências de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso quanto

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.108.812

aos benefícios do uso da posição canguru, com atenção à parentalidade.

Objetivo Secundário:

Propor um documento orientador de visitas domiciliares direcionadas às mães de recém-nascidos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso após alta hospitalar, na direção do uso da posição canguru e suporte à parentalidade.

Descrever as necessidades de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de recém nascidos de baixo peso quanto a adoção da posição canguru e parentalidade, quando em domicílio e após a alta hospitalar.

Comparar e discutir a autoeficácia da mãe para cuidar do seu filho prematuro e de baixo peso em domicílio, na alta hospitalar e ao término das visitas domiciliares.

Compreender os intervenientes à adoção da posição canguru na percepção de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso;

Apreender a experiência da mulher mãe de criança nascida pré-termo e de baixo peso em receber suporte ao uso da posição canguru e parentalidade em domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para as mães é possível desconforto no compromisso com a pesquisa pela necessidade de encontrarem uma hora no dia para realizarem o posicionamento canguru. Para a criança clinicamente estável, o Ministério da Saúde não elenca riscos potenciais ao uso do posicionamento canguru.

Benefícios:

Redução do tempo de separação entre a criança e sua família, aumento do vínculo familiar, maior confiança e competência dos pais, estímulos sensoriais positivos, melhora no desenvolvimento da criança, estímulo ao aleitamento materno, melhora do controle térmico das criança, redução das infecções infantis, estresse e dor

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo no campo da saúde, na área materno-infantil que se insere no contexto do SUS e apresenta muitas potências. Dentre essas destaca-se a possibilidade da coordenação do cuidado em rede via visita domiciliar e a emancipação para o cuidado no domicílio via método canguru. A pesquisa atende aos preceitos éticos, é atual e socialmente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0685

E-mail: osphumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.108.812

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados e foram submetidos na Plataforma Brasil.

Recomendações:

Recomendamos aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado e não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS_DO_P ROJETO_1542172.pdf	14/05/2020 16:13:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Ana_izaura.pdf	14/05/2020 16:10:25	ANA IZAURA BASSO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_izaura.pdf	12/05/2020 12:51:25	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Ana_izaura.pdf	12/05/2020 05:43:37	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_izaura.pdf	12/05/2020 05:40:21	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Junho de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POSIÇÃO CANGURU E PARENTALIDADE: SUPORTE VIA VISITA DOMICILIAR

Pesquisador: ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31848820.4.3001.8148

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO CARLOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.138.360

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de natureza mista integrativa, quanti-qualitativo, com abordagem transformadora concomitante. Prevê o desenvolvimento de intervenção de suporte para o uso da posição canguru em domicílio, por meio de visitas domiciliares conduzidas por enfermeiro. As mesmas estão prospectadas para acontecerem por doze meses. A primeira fase do estudo será composta pela realização de uma revisão integrativa para identificar as necessidades das mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso após a alta hospitalar, com vistas a propor o instrumento guia da visitação. A segunda fase, quantitativa, visa avaliar a autoeficácia da mulher para cuidar de sua criança em domicílio, por meio da aplicação do instrumento Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira no dia da alta hospitalar ou dia seguinte a ele e, ao término das visitas. A terceira fase é de abordagem qualitativa, ancorada pelo referencial “Teoria das Transições de Afaf I. Meleis” e desenvolvida aos moldes do Estudo de Caso proposto por Yin. Intenciona apreender a experiência de uso da posição canguru e do suporte recebido a partir das visitas. O estudo intenciona colaborar com a ampliação do Método Canguru no Brasil, bem como com tecnologias que contribuam com a saúde de crianças e deem suporte ao desenvolvimento da parentalidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as experiências de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso quanto aos benefícios do uso da posição canguru, com atenção à parentalidade.

Endereço: R. Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573

Bairro: Vila Pureza

CEP: 13.573-284

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3509-1305

E-mail: cep@santacasaocarlos.com.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
CARLOS



Continuação do Parecer: 4.138.390

Objetivo Secundário: Propor um documento orientador de visitas domiciliares direcionadas às mães de recém-nascidos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso após alta hospitalar, na direção do uso da posição canguru e suporte à parentalidade. Descrever as necessidades de mulheres mães de recém-nascidos prematuros e de recém nascidos de baixo peso quanto a adoção da posição canguru e parentalidade, quando em domicílio e após a alta hospitalar. Comparar e discutir a autoeficácia da mãe para cuidar do seu filho prematuro e de baixo peso em domicílio, na alta hospitalar e ao término das visitas domiciliares. Compreender os intervenientes à adoção da posição canguru na percepção de mulheres mães de recém nascidos prematuros e de baixo peso; Aprender a experiência da mulher mãe de criança nascida pré-termo e de baixo peso em receber suporte ao uso da posição canguru e parentalidade em domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para as mães é possível desconforto no compromisso com a pesquisa pela necessidade de encontrarem uma hora no dia para realizarem o posicionamento canguru. Para a criança clinicamente estável, o Ministério da Saúde não elenca riscos potenciais ao uso do posicionamento canguru.

Benefícios: Redução do tempo de separação entre a criança e sua família, aumento do vínculo familiar, maior confiança e competência dos pais, estímulos sensoriais positivos, melhora no desenvolvimento da criança, estímulo ao aleitamento materno, melhora do controle térmico das crianças, redução das infecções infantis, estresse e dor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo no campo da saúde, na área materno-infantil que se insere no contexto do SUS e apresenta muitas potências. Dentre essas destaca-se a possibilidade da coordenação do cuidado em rede via visita domiciliar e a emancipação para o cuidado no domicílio via método canguru. A pesquisa atende aos preceitos éticos, é atual e socialmente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

As recomendações sugeridas foram contempladas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: R. Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573
Bairro: Vila Pureza **CEP:** 13.573-284
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3509-1305 **E-mail:** cep@santacasasaoCarlos.com.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
CARLOS



Continuação do Parecer: 4.138.390

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P ROJETO_1583026.pdf	06/07/2020 17:12:59		Aceito
Outros	TCLE_Ana_Izaura_Corrigido.pdf	06/07/2020 17:11:25	ANA IZAURA BASSO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_Izaura.pdf	12/05/2020 12:51:25	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Izaura.pdf	12/05/2020 05:40:21	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Julho de 2020

Assinado por:
rodrigo bezerra de menezes reiff
(Coordenador(a))

Endereço: R. Paulino Botelho de Abreu Sampaio, 573
Bairro: Vila Pureza CEP: 13.573-284
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3509-1305 E-mail: cep@santacasaocarlos.com.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: POSIÇÃO CANGURU E PARENTALIDADE: SUPORTE VIA VISITA DOMICILIAR **Pesquisador:** ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 31848820.4.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.497.555

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de emenda do projeto de pesquisa aprovado em 16/06/2020, sob parecer nº 4.089.363. As informações analisadas foram retiradas dos arquivos: Carta resposta versão 1, PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1648031_E1.pdf, TCLE e TCLE-TALE.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Elencou-se o possível desconforto no compromisso com a pesquisa pela necessidade de encontrarem uma hora no dia para realizarem o posicionamento canguru, portanto, a própria oportunidade de expor e empoderar o cuidado tem oferecido chances de organizar, autoavaliar e tomar iniciativas relativas à novas construções frente ao cuidado dos seus filhos. Em observância às dificuldades apresentadas pela situação de pandemia causada pelo Coronavírus Sars-CoV-2 (COVID-19), elenca-se como risco adicional o contato presencial da visita domiciliar por resultar em maior possibilidade de exposição ao vírus, no entanto, todas as medidas de prevenção foram adotadas em conformidade com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020), tais como: Profissional – Uso de máscara cirúrgica, higienização frequente das mãos por lavagem com água e sabão e/ou uso de álcool em gel, limpeza e desinfecção com álcool 70% das superfícies e objetos utilizados. Participante - Uso de

máscara facial e higienização frequente das mãos por lavagem com água e sabão e/ou uso de álcool em gel. Sendo assim, apesar dos esforços tomados na direção da prevenção da transmissão da doença, em caso de identificação de sintomas condizentes com a exposição ao vírus, a pesquisadora comprometeu-se com o auxílio à busca de atendimento direcionado dentro na Rede de Atenção à Saúde dos municípios participantes. Para a criança clinicamente estável, o Ministério da Saúde não elenca riscos potenciais, porém, a pesquisadora assume esforços máximos de apoio à família e consideração de dissonâncias entre os olhares e perspectivas dos participantes, bem como zela pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato, comprometendo-se com a sensibilidade aos sinais de desconforto dos participantes ao longo da intervenção e visitas domiciliares, validando tais sinais com eles e interrompendo prontamente se for o desejo. Também acrescenta os riscos para o RNPT e RNBP do contato presencial por visita domiciliar como descrito acima, deixando sempre como opção a possibilidade de deixar de participar do estudo.

Benefícios:

Redução do tempo de separação entre a criança e sua família, aumento do vínculo familiar, maior confiança e competência dos pais, estímulos sensoriais positivos, melhora no desenvolvimento da criança, estímulo ao aleitamento materno, melhora do controle térmico das criança, redução das infecções infantis, estresse e dor

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação

obrigatória: Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

As pendências e inadequações foram resolvidas. Recomendamos aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" a emenda. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II -

conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164803_1_E1.pdf	24/11/2020 14:22:43		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.docx	24/11/2020 14:21:00	ANA IZAURA BASSO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_doutorado_Ana_Izaura_Basso_de_Oliveira_CEP.docx	24/11/2020 14:20:02	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TALE.docx	24/11/2020 14:19:02	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_doutorado_Ana_Izaura_Basso_de_Oliveira_CEP_Corrigido.pdf	15/10/2020 13:46:23	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Izaura_Basso_de_Oliveira_Corrigido.pdf	15/10/2020 13:44:44	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Ana_Izaura.pdf	14/05/2020 16:10:25	ANA IZAURA BASSO DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_Izaura.pdf	12/05/2020 12:51:25	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Ana_Izaura.pdf	12/05/2020 05:43:37	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Izaura.pdf	12/05/2020 05:40:21	ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 13 de Janeiro de 2021

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Página 04