

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

**"VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NO SUPORTE AO CUIDADO MATERNO DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO PESO: ESTUDO DE CASO"**

**ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA**

**São Carlos**

**2022**

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

**"VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NO SUPORTE AO CUIDADO MATERNO DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO PESO: ESTUDO DE CASO"**

**ANA IZAURA BASSO DE OLIVEIRA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet

**São Carlos**

**2022**



Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Ciências Biológica e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem

---

## FOLHA DE APROVAÇÃO

---

Defesa de Tese de Doutorado da Candidata Ana Izaura Basso de Oliveira realizada em 16 de Dezembro de 2022.

**Comissão Julgadora:**

Profª Drª Monika Wernet (UFSCAR)

Profª Drª Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCAR)

Profª Drª Flávia Corrêa Porto de Abreu (UNIP)

Profª Drª Luciana Mara Monti Fonseca (USP)

Profª Drª Mariana Torreglosa Ruiz (UFTM)

O Relatório de Defesa da Tese assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

## *Dedicatória*

*À minha mãe que, através do seu amor e seus ensinamentos, me fez entender quão preciosos são os nossos sonhos.*

*Aos recém-nascidos prematuros, recém-nascidos de baixo peso e suas mães, por permitirem a concretude deste sonho.*

*A vocês, minha gratidão e admiração infinita!!*

## Agradecimentos

À *Deus*, por me permitir trilhar o caminho dos meus sonhos e por me amparar nos momentos de dificuldade.

Às pessoas que me fizeram companhia em todo o meu percurso de crescimento pessoal e profissional e que tornaram a trajetória mais leve.

Aos meus pais, *Célia Basso e Pedro Basso (In memorian)* e minha irmã *Elisangela Cristina Basso Magalhães (Tá)*, pelo amor, carinho e incentivos constantes, por me conduzirem pelo caminho do bem e por me ampararem em todos os momentos da minha vida; uma dedicação especial à minha *Mãe* que partiu desse mundo no meio desse percurso e não pôde acompanhar sua concretude. Você é minha inspiração de vida, de doação e de amor, lhe devo tudo o que sou e aquilo que ainda poderei ser através do seu legado. Você é e sempre será a pessoa que mais admiro neste mundo!! Te amo para todo o sempre, mãe!!!

Ao meu companheiro de vida, *Marcelo de Oliveira (Mo)*, por acreditar sempre em mim, por tornar meus sonhos os seus, por me permitir colocá-los em prática e por nunca desistir de mim! Obrigada por ser o amor da minha vida e meu companheiro de lutas e vitórias!! Sem você esse sonho não seria possível!! Te amo infinitamente!!!

À minha filha, *Ana Alice Basso de Oliveira (Tchutchu)*, por me ensinar a ser mãe, por me fazer uma pessoa melhor e por entender, mesmo com sua pouca idade, a importância da minha busca pelos meus sonhos. Você é o amor da minha vida, te amo, minha princesa!

À minha querida Professora e Orientadora, *Monika Wernet*, pela amizade, confiança, por sempre acreditar em mim. Você é uma fonte de inspiração e admiração!! Obrigada por ter me proporcionado, em todos esses anos, tanto crescimento pessoal e profissional e por ter me colocado à frente de grandes experiências que hoje fazem parte do meu ser e me tornaram uma pessoa e profissional melhor. Gratidão por você em minha vida!!

Aos meus sogros, *Inês Camilo de Oliveira e Benedito de Oliveira*, pelo apoio incondicional à nossa família e pela presença durante todos esses anos, nos auxiliando e fazendo com que essa trajetória fosse possível de ser percorrida.

Às minhas amigas, *Elizelaine de Chico Cicogna (Eliz)* e *Tathyana Figueiredo (Tathy)*, pelos anos de amizade, carinho e disponibilidade. Obrigada pelo caminhar e pelo apoio tão necessários ao meu

crescimento pessoal e profissional. Vocês são pessoas muito especiais que recebi de presente para percorrer esse caminho comigo!!!

Ao meu querido amigo, **Dr. Marcos Baldavira Ferreira**, que mesmo distante, é e sempre será minha primeira fonte de inspiração e de apoio. Por ter acreditado em mim e me ajudado a ver além do que os meus olhos viam. Obrigada por ser tão especial e tão disponível. A você e sua família, gratidão e admiração!!!

À todas as **Professoras do Curso de Pós-Graduação** pelo aprendizado e exemplo que levarei para o resto da vida.

À **Bárbara Legnaro, Gabrielle Petruccelli, Thamires Marez, Isabela Corsarine e Maria Emília**, por serem parte fundamental desse trabalho, pela disponibilidade, apoio e dedicação. Vocês foram essenciais para a concretude desse sonho.

Às **Mães dos Recém-Nascidos Prematuros e de Baixo Peso** que fizeram parte desse estudo, gratidão pela disponibilidade e por tornarem possível a conclusão desse trabalho. Sou muito grata por tê-las conhecido e por fazer parte de um momento tão importante em suas vidas. Admiração pela força, esperança, dedicação e amor.

À toda a equipe de trabalho da **Pediatria do Hospital Universitário – UFSCar** por me proporcionarem anos de experiência e alegria junto aos nossos pacientes. Conhecer profissionais que trazem significado ao cuidado nos motiva e faz do caminho mais leve.

À **Banca Examinadora**, por participarem desta etapa da minha formação e por compartilharem comigo a experiência de vocês de forma tão enriquecedora.

À **Universidade Federal de São Carlos e ao Departamento de Enfermagem**, pelo espaço e por ter permitido meu crescimento pessoal e profissional.

“A viagem começa no momento em que decidimos ir. A beleza que nos espera já se antecipa no desejo que nos faz arrumar as malas. Quando eu percebo que a vida me chama, não penso duas vezes. Eu vou!”

***Padre Fábio de Melo***

OLIVEIRA, A.I.B. **Visita domiciliar do enfermeiro no suporte ao cuidado materno do recém-nascido prematuro e de baixo peso: estudo de caso.** 2022. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

### **Resumo**

A visita domiciliar requer do enfermeiro planejamento e disposição ao processo de cuidar que é, reconhecidamente, uma prática complexa e que se expande à medida das necessidades apresentadas pelas mães de recém-nascidos de risco, destacando-se como ferramenta eficaz à redução significativa dos problemas sociais e de saúde e como aposta aos alcances da parentalidade. Este trabalho tem como objetivo geral investigar o suporte à mulher mãe no cuidado em domicílio do recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso a partir de visita domiciliar do enfermeiro e recomendação de uso da posição canguru. Como objetivos específicos tomou-se: Descrever as necessidades de mães de recém-nascidos prematuros e/ou de recém-nascidos de baixo peso quanto à adoção da posição canguru e cuidados com a criança após a alta hospitalar; Propor um documento orientador para a visita domiciliar do enfermeiro às mães de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso após alta hospitalar; Analisar a autoeficácia materna no cuidado ao filho pré-termo e/ou baixo peso; Comparar a autoeficácia materna na alta hospitalar e ao término das visitas domiciliares; Elucidar a percepção de mães de crianças nascidas prematuras e/ou de baixo peso em receber visita domiciliar de enfermeiro com direcionamento ao uso da posição canguru. Foi proposto um estudo de natureza mista integrativa, quanti-qualitativo, com abordagem transformadora concomitante baseado na estratégia metodológica de Estudo de Caso. O caso foi a relação estabelecida pela enfermeira e a mulher mãe de recém-nascido de risco durante a visita domiciliar. O desenvolvimento das visitas domiciliares aconteceu no período de agosto de 2020 a agosto de 2021 em um município do interior paulista, onde oito mães de prematuros limítrofes ou moderado e/ou de baixo peso receberam visita domiciliar de enfermeiras com periodicidade quinzenal. Os casos foram gravados por dispositivo de áudio e transcritos integralmente para estudo e análise, bem como, foram realizadas notas de campo pelas enfermeiras visitadoras tanto dos momentos de visita domiciliar, quanto dos contatos efetuados pelas mães através de recurso eletrônico de mensagens. Os casos foram analisados à luz da Teoria das Transições de Meleis e da Base Conceitual de Cuidado proposta por Ayres. No início e final do acompanhamento materno foi aplicado o instrumento “*Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist* – versão brasileira”. Foi possível evidenciar os domínios “*Confiança*”, “*Importância*” e “*Sucesso*”, que apresentaram aumento estatisticamente significativo podendo-se inferir que há influência do apoio do enfermeiro sobre as práticas de cuidados diárias realizadas pela mãe em ambiente domiciliar, promovendo melhores alcances à autoeficácia materna nos casos estudados. Na análise qualitativa foi possível alcançar sete unidades temáticas que



versam sobre o processo transicional da mãe do recém-nascido de risco estabelecido desde o início da gestação onde são construídos os sonhos e percebidos os sentimentos que cercam a maternagem. O parto prematuro e retorno ao lar está envolto em medos e inseguranças, onde é ponderado o cuidado físico como central para o bem-estar da criança e progressivo ao estabelecimento de vínculo e novos modos de agir. Sob pano de fundo da pandemia pelo vírus Sars-CoV-2, os anseios e ameaças à saúde, em especial do recém-nascido de risco, trouxeram um componente adicional de preocupação às mães que tomaram esse momento como desafiador ao cuidado. O relato materno perpassa pelo cuidado com a criança e estende-se à necessidade de encontrar adaptação em meio às mudanças ocasionadas pela chegada do novo membro, porém, pouco se verbaliza e visualiza enquanto mulher, nessa fase inicial de retorno ao lar, em que a dimensão do seu cuidado é envolvida pela projeção de sua responsabilidade do tornar-se mãe. Em meio ao cuidado, o pai representa uma figura central, participativa e que exerce papel afetivo e de apoio à mãe. A posição canguru teve seu realce dado timidamente a partir do reconhecimento dos benefícios da prática e do apoio profissional às descobertas advindas dessa nova experiência. A trajetória de cuidado revela, por experiência vivida, uma concepção da rede de saúde que, de forma peculiar, codifica as organizações e resgata uma carência nos modos de ofertar os serviços de saúde. O cuidado com o recém-nascido deve iniciar no pré-natal com ênfase à importância da longitudinalidade e a relevância de momentos em que existam trocas de conhecimento comuns ao período e que fazem com que essas mães não estejam nulas de conhecimento no momento do nascimento do filho, ao ver-se como mães. A visita domiciliar do enfermeiro com foco no reconhecimento da posição canguru favoreceu práticas de cuidado empáticas junto às necessidades advindas das transições que passam as mães de recém-nascidos de risco, não imputando a elas obrigações e modos de agir que as desconsidere, mas ofertando um contato que dê suporte às dificuldades que se alteram com o passar do tempo e com o crescimento infantil. Foi possível observar enquanto limitadores do estudo a dificuldade de aceitação na participação da pesquisa no domicílio devido interferências da família, ruídos sociais, manutenção da privacidade, demandas da mãe relacionadas aos afazeres domésticos, cuidados com o filho e a pandemia pelo Sars-CoV-2. Pensar a parentalidade é um processo premente aos profissionais e instituições de saúde com projeções ao acolhimento e espaço relacional ao tornar-se mãe e avançando para dimensões afetivas que só podem ser construídas à medida em que essas mulheres constroem sua autonomia e se permitem adentrar profundamente o vínculo entre mãe e filho.

**Palavras-chave:** Enfermagem neonatal; Mãe; Recém-nascido prematuro; Recém-nascido de baixo peso; Visita domiciliar; Método Canguru; Parentalidade; Estudo de Caso.

OLIVEIRA, A.I.B. **Nurses' home visits to support maternal care for premature and low birth weight newborns: a case study. 2022.** Thesis (Doctorate) – Graduate Program in Nursing, Federal University of São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

### **Abstract**

Home visits require nurses to plan and be willing to take care of the care process, which is admittedly a complex practice that expands as the needs of mothers of high-risk newborns stand out, standing out as an effective tool for significantly reducing problems. social and health issues and as a commitment to the scope of parenthood. The general objective of this work is to investigate the support given to mothers in the home care of preterm and/or low birth weight newborns based on a nurse's home visit and recommendation for the use of the kangaroo position. The specific objectives were: To describe the needs of mothers of premature newborns and/or low birth weight newborns regarding the adoption of the kangaroo position and child care after hospital discharge; Propose a guiding document for nurses' home visits to mothers of premature and/or low birth weight newborns after hospital discharge;; Analyze maternal self-efficacy in caring for preterm and/or low birth weight children; Compare maternal self-efficacy at hospital discharge and at the end of home visits; Elucidate the perception of mothers of children born prematurely and/or with low birth weight in receiving a home visit from a nurse with guidance on the use of the kangaroo position. A mixed integrative, quantitative and qualitative study was proposed, with a concomitant transformative approach based on the methodological strategy of Case Study. The case was the relationship established by the nurse and the mother of a high-risk newborn during the home visit. The development of home visits took place from August 2020 to August 2021 in a city in the interior of São Paulo, where eight mothers of borderline or moderately premature and/or low birth weight infants received home visits from nurses every fortnight. The cases were recorded using an audio device and fully transcribed for study and analysis, as well as field notes were taken by the visiting nurses both from the home visits and from the contacts made by the mothers through electronic messaging. The cases were analyzed in the light of Meleis' Theory of Transitions and the Conceptual Basis of Care proposed by Ayres. At the beginning and end of maternal follow-up, the instrument "Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist – Brazilian version" was applied. It was possible to highlight the domains "Confidence", "Importance" and "Success", which showed a statistically significant increase, and it can be inferred that there is an influence of the nurse's support on the daily care practices performed by the mother in the home environment, promoting better reach to maternal self-efficacy in the cases studied. In the qualitative

analysis, it was possible to reach seven thematic units that deal with the transitional process of the mother of the newborn at risk established since the beginning of the pregnancy, where dreams are built and the feelings that surround motherhood are perceived. Premature birth and returning home is surrounded by fears and insecurities, where physical care is considered central to the child's well-being and progressive to the establishment of bonds and new ways of acting. Against the backdrop of the pandemic caused by the Sars-CoV-2 virus, the anxieties and threats to health, especially for newborns at risk, brought an additional component of concern to mothers who took this moment as a challenge to care. The maternal report permeates the care for the child and extends to the need to find adaptation in the midst of the changes caused by the arrival of the new member, however, little is verbalized and visualized as a woman, in this initial phase of returning home, in which the dimension of her care is involved by the projection of her responsibility of becoming a mother. In the midst of care, the father represents a central, participatory figure who plays an affective and supportive role for the mother. The kangaroo position was timidly highlighted based on the recognition of the benefits of the practice and professional support for the discoveries resulting from this new experience. The trajectory of care reveals, through lived experience, a conception of the health network that, in a peculiar way, codifies the organizations and recovers a lack in the ways of offering health services. Care for the newborn should start during prenatal care, emphasizing the importance of longitudinality and the relevance of moments in which there are exchanges of knowledge common to the period and which mean that these mothers are not void of knowledge at the time of the birth of the newborn. son, seeing themselves as mothers. The nurse's home visit focused on recognizing the kangaroo position favored empathetic care practices with the needs arising from the transitions that mothers of high-risk newborns go through, not attributing to them obligations and ways of acting that disregard them but offering a contact that supports difficulties that change over time and with child growth. It was possible to observe, as limitations of the study, the difficulty of accepting participation in the research at home due to interference from the family, social noise, maintenance of privacy, demands of the mother related to household chores, childcare and the pandemic by Sars-CoV-2. Thinking about parenting is a pressing process for health professionals and institutions with projections to the reception and relational space when becoming a mother and advancing to affective dimensions that can only be built as these women build their autonomy and allow themselves to deeply penetrate the bond between mother and child.

**Keywords:** Neonatal nursing; Mom; Premature newborn; Low birth weight newborn; Home visit; Kangaroo Method; Parenting; Case study.

## LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Mapa de São Carlos.....	Página 53
Figura 2. Mapa da distribuição das Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....	Página 56
Figura 3. Resumo da Teoria das Transições de Meleis.....	Página 62
Figura 4. Comparação do resultado do questionário por dois observadores para quantificação da concordância entre observadores (Teste de Kappa).....	Página 77
Figura 5. Fórmula para cálculo de concordância (Teste de Kappa).....	Página 78
Figura 6. Visita Domiciliar para Famílias com RN de Risco.....	Página 83
Figura 5. Estratégia de Perguntas Norteadoras para Visita Domiciliar.....	Página 84
Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo.....	Página 85
Quadro 2. Caracterização dos RN.....	Página 86
Quadro 3. Características principais de reconhecimento da posição canguru.....	Página 86
Tabela 1. Comparação das fases por pergunta.....	Página 112
Tabela 2. Comparação das fases por pontuação dos domínios.....	Página 115
Tabela 3. Índice de concordância de Kappa entre as fases.....	Página 115
Gráfico 1. Comparação das fases por pergunta (confiança).....	Página 116
Gráfico 2. Comparação das fases por pergunta (importância).....	Página 117
Gráfico 3. Comparação das fases por pergunta (sucesso).....	Página 119
Gráfico 4. Comparação das fases por pontuação dos domínios.....	Página 120

## **LISTA DE ABREVIACOES**

**A** - Aborto

**ABS** - Atenção Básica  Saúde

**aC** – Antes de Cristo

**AD** - Atenção Domiciliar

**AIDPI** - Atenção Integrada s Doenças Prevalentes na Infância

**BP** – Baixo Peso

**BVS** – Biblioteca Virtual de Saúde

**CAIC** – Centro de Atenção de Infecções Crônicas

**CAPS** – Centros de Atenção Psicossocial

**CEME** – Centro de Especialidades Médicas

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

**CEP** – Comitê de tica em Pesquisa

**CINAHL** – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CPAP** - Continuous Positive Airway Pressure

**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS

**dC** – Depois de Cristo

**DIU** – Dispositivo Intrauterino

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**G** - Gestante

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC** – Intervalo de Confiança

**IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

**KMC** – Kangaroo Mother Care

**MC** - Método Canguru

**MEDLINE** – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

**MS** - Ministério da Saúde

**ODS** – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PACS** – Programa de Agente Comunitários de Saúde

**PAISMIC** – Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher e Criança

**PC** – Parto Cesárea

**PHPN** – Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

**PN**- Parto Normal

**PNH** – Programa Nacional de Humanização

**PPGEnf** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**PROASP** – Programa de Assistência Perinatal

**PSF** – Programa Saúde da Família

**RAMI** – Rede de Atenção Materna e Infantil

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde

**RN** - Recém-Nascido

**RNBP** - Recém-Nascido Baixo Peso

**RNPT** - Recém-Nascido Pré-Termo

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas da Infância

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**USF** – Unidade Saúde da Família

**UTIN** – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

**VD** – Visita Domiciliar

**WHO** – World Health Organization

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>24</b>
2.1	PANORAMA GERAL DO NASCIMENTO PREMATURO E DO BAIXO PESO NO BRASIL E NO MUNDO.....	24
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E O MÉTODO CANGURU.....	31
2.3	O CENÁRIO HISTÓRICO DA VISITA DOMICILIAR E SUA INCORPORAÇÃO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO E NO CONTEXTO NEONATAL .....	37
2.4	CUIDADO PARENTAL E AUTOEFICÁCIA MATERNA .....	44
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>50</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	50
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>52</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	52
4.2	LOCAL .....	52
4.3	PANORAMA GERAL DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À MICRORREGIÃO .....	54
4.4	PARTICIPANTES .....	56
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	57
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>61</b>
5.1	TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS .....	61
5.2	BASE CONCEITUAL: O CUIDADO A PARTIR DE REFLEXÃO DE JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES.....	65
<b>6</b>	<b>REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>69</b>
6.1	ESTUDO DE CASO .....	69
<b>7</b>	<b>COLETA DE DADOS .....</b>	<b>73</b>
7.1	VISITA DOMICILIAR .....	73
7.2	APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: <i>PRETERM PARENTING &amp; SELF-EFFICACY CHECKLIST</i> – VERSÃO BRASILEIRA .....	74
<b>8</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>74</b>
8.1	ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	74
8.2	ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	75
8.2.1	<i>Índice de Concordância de Kappa</i> .....	76
8.2.2	<i>Intervalo de Confiança para Média</i> .....	78
8.2.3	<i>P-valor</i> .....	79
8.3	FASE INTEGRATIVA .....	79
<b>9</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>81</b>
9.1	REVISÃO INTEGRATIVA E INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA AS VISITAS DOMICILIARES .....	81
9.2	PROTOCOLO DO ESTUDO .....	82
9.3	RESULTADOS QUALITATIVOS.....	85
9.3.1	<i>Construindo pontes: A experiência do diálogo no cuidado</i> .....	87
9.4	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	111



9.4.1 Gráficos.....	116
<b>10 DISCUSSÃO.....</b>	<b>122</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>138</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>153</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	153
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>157</b>
TERMO DE ASSENTIMENTO (EM CASO DE PARTICIPANTE MENOR DE 18 ANOS).....	157
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>161</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>165</b>
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	165
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>168</b>
ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA.....	168
<b>ANEXO A.....</b>	<b>181</b>
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	181
<b>ANEXO B.....</b>	<b>187</b>
AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO INSTRUMENTO “PRETERM PARENTING & SELF-EFFICACY CHECKLIST – VERSÃO BRASILEIRA” .....	187
<b>ANEXO C.....</b>	<b>190</b>
INSTRUMENTO “PRETERM PARENTING & SELF-EFFICACY CHECKLIST – VERSÃO BRASILEIRA”.....	190

## APRESENTAÇÃO

---

## 1 APRESENTAÇÃO

Apresento este trabalho idealizado há vários anos, no berço de minha formação profissional, quando os caminhos ainda eram incertos, mas os objetivos já se faziam claros. Sua instrumentalização, preparo e concretude foram possíveis pelos encontros proporcionados pela minha trajetória de vida. Meu encontro com a Professora Monika ocorreu desde minha chegada em São Carlos no ano de 2016 e desse encontro novos caminhos se abriram e, a partir destes, meu novo mundo se encheu de possibilidades.

Este trabalho conta com a dedicação e engajamento de minhas colegas e integrantes do grupo de pesquisa “*Visita domiciliar de enfermeiros no contexto da gestação e nascimento de risco*”: eu, como pesquisadora principal, Bárbara de Souza Coelho Legnaro, Isabela Corsarine, Thamires Lameira Maraz, Gabriele Petruccelli, Maria Emília Pereira Lopes, minha orientadora, Profa. Dra. Monika Wernet e o Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Carlos. Permito-me dizer que este trabalho foi tecido por um agrupamento de ideias e de pessoas.

O tema central aqui tratado é a “*Visita domiciliar do enfermeiro como instrumento para a transição para a parentalidade de mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso tendo como suporte a Posição Canguru*”. Tal escolha foi feita tendo por base minha formação profissional em Unidades de Cuidado Neonatal e pela amplitude envolta no cuidado a partir da proposição da Posição Canguru para mães e bebês que iniciam uma nova jornada após o nascimento.

Escrever a apresentação desse trabalho me faz retornar aos encontros e desafios que a vida me proporcionou e que me permitiram ser a profissional que hoje sou. Durante o meu período de graduação fui apresentada às práticas de cuidados e suas interfaces no contexto hospitalar e da comunidade. Muito do que vivenciei nessa época me deu suporte aos anos subsequentes em que atuaria como enfermeira. Nesse processo formativo, já adentrava ao universo infantil com um olhar diferenciado e me via, por muitas vezes, envolvida no contexto neonatal.

Ao finalizar a graduação, meu desejo era de me conhecer enquanto profissional, sendo assim, meu início de carreira me propiciou diversas experiências em diferentes contextos. Adentrei a saúde do adulto, centro cirúrgico, pronto atendimento, saúde da família, maternidade e alojamento conjunto. E foi aí que me encontrei. Minha jornada no cenário neonatal se inicia no ano de 2009, quando trabalhei na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Bonito e em Unidades de Saúde da Família do mesmo município.

Foram ali sete anos de dedicação, anos que me deram subsídio para entender o tipo de profissional que eu era e o que almejava para a minha vida diante das escolhas que fiz e ainda poderia fazer. Nessa fase, me aprofundei no universo hospitalar e da comunidade, pude percorrer diversos caminhos atravessados pela população no contexto da saúde. Foram anos de grande aprendizado.

Em 2015 comecei uma nova jornada profissional no Hospital Universitário – HU/UFSCar. Já seleta pela pediatria, não demorou muito para que eu a adentrasse e, novamente, me visse no universo infantil. Estar em um Hospital Universitário me concedeu grandes chances de aprendizado, seja assistencial, educacional e gerencial.

Retornou em mim um grande desejo pela busca do mestrado. Já havia tentado anos antes, mas, sem muito conhecimento sobre o assunto e ainda imatura, esse sonho permaneceu adormecido até minha admissão no HU/UFSCar, quando conheci muitos profissionais em jornada acadêmica que me foram fonte de inspiração e de estímulo ao acolhimento desse sonho.

Através de uma amiga, conheci a Profa. Dra. Monika Wernet, Docente no Departamento de Enfermagem da UFSCar e que, desde o primeiro contato, mostrou-se aberta aos meus questionamentos sobre as práticas profissionais de enfermagem voltadas ao cuidado do recém-nascido, da criança e de sua família. Esse encontro nos rendeu grandes discussões sobre o assunto e, dali em diante, minhas possibilidades, relatadas ao início da jornada, tiveram início ao lado dessa excelente profissional.

Assim, o mestrado foi uma divisa entre meu eu anterior com o meu eu futuro; me ampliou o mundo, me proporcionou conhecer pessoas e, por meio destas, a pesquisa. Me envolvi com este universo e pude aprender e me voltar para a compreensão da busca formativa do Enfermeiro dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Nessa trajetória, percebi que o envolvimento do enfermeiro com seu aprimoramento e formação estão alicerçados em componentes pessoais que, gradativamente, percorrem, em uma linha temporal, sua fragilidade e insegurança do início de carreira e que, posteriormente, com a experiência apreendida pelos anos de trabalho, se estabelecem através do desejo pessoal de crescimento e melhores condições financeiras.

Conforme os enfermeiros estudados se colocavam em jornada formativa e, na medida em que a ampliavam, se sentiam mais confortados com seus conhecimentos clínicos e de procedimentos comuns e corriqueiros ao contexto da neonatologia, retomando reflexões acerca do seu papel e competências necessárias ao bom profissional, bem como, viam-se sensibilizados e reforçavam a

importância de olhares para que as micro relações acontecessem sob ações que projetassem o desenvolvimento do recém-nascido e fortalecimento do vínculo familiar.

Defendi o mestrado e como fruto do trabalho realizado, publicamos, em 2021, o artigo *“Motivação para a formação profissional: significados para o enfermeiro de terapia intensiva neonatal”* na Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn. A partir dos anos que versam sobre o mestrado nasceu o desejo pela continuidade do estudo por uma perspectiva diferente e que pudesse me fazer encontrar com os atores principais do cuidado em neonatologia, as mães e seus filhos.

Dessa forma, sequencialmente ao término do mestrado, inicio o Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFSCar no ano de 2019 sob orientação da Professora Doutora Monika Wernet. Não imaginava que muito em mim ainda pudesse mudar e essa experiência fez-me compreender quão intenso é o processo formativo e de aprendizagem que se estabelece a partir do doutoramento e, como tal, vivenciei experiências que me marcaram e me fizeram chegar até esse momento da redação da tese de maneira diferente e repleta de gratidão por todos os encontros que esses quatro anos me proporcionaram.

Participei de Congressos e Grupos de Trabalho na área da Prematuridade, Família, Parentalidade e Visita Domiciliar; auxiliei na condução de trabalhos de Iniciação Científica vinculados ao Programa de Graduação em Enfermagem da UFSCar na vertente da criança e família; tive a possibilidade de fazer parte da equipe do Projeto de Extensão Universitária *“Nascer e COVID”* junto à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, coordenado pela Professora Doutora Mariana Torreglosa Ruiz; auxiliei diretamente na orientação e condução do trabalho de Dissertação desenvolvido pela aluna de Mestrado do PPGEnf/UFSCar Bárbara de Souza Coelho Legnaro defendido no ano de 2021 e intitulado *“Uso da Posição Canguru em Domicílio: Percepção de mães de Recém-nascidos de Risco”*. Ademais, publiquei o artigo *“A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial”* pela Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem no ano de 2021; o artigo de revisão vinculado a esta tese e intitulado *“Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso”* no ano de 2021 pela Revista Científica de Enfermagem – Recien e recebemos o aceite, recentemente, da publicação pela Revista Research, Society and Development – RSDJournal do artigo *“Cuidado materno domiciliar às crianças prematuras e/ou de baixo peso nascidas durante a pandemia”* vinculado ao trabalho da aluna de Graduação em Enfermagem Gabrielle Petrucelli que foi por mim apoiada e que participou desse trabalho na condução de sua Iniciação Científica.

Dessa forma, há aqui uma imensidão de desejos, de aprendizados, de encontros e de esperança por um futuro com as melhores condições de cuidado ofertadas pelo enfermeiro para essa população estudada. Aproximo-me da intenção de refletir o contexto de necessidades associadas à tríade mãe-recém-nascido-profissional de saúde e seus alicerces por pensar que o contato pele a pele é uma aposta à parentalidade na criação de vínculos e afetos e que se projeta sobre fazer o cuidado domiciliar de forma dialógica sobre todas as imbrincadas expostas pela trajetória de mães de recém-nascidos de risco na construção da autoeficácia materna.

Assim, para os alcances voltados ao uso do posicionamento canguru, delimitou-se a escolha pelo recém-nascido prematuro e de baixo, haja visto, que suas trajetórias de cuidado ainda acontecem de forma tímida nos serviços de saúde mesmo sendo estes dois grupos que contam com uma parcela expressiva de acometimentos em morbimortalidade neonatal.

Convido-os então para iniciarem essa jornada, junto a mim, às mães e seus bebês. A complexidade encontrada aqui nos chama a refletir sobre o cuidado que proporcionamos a esta população e nossa responsabilidade enquanto Enfermeiros.

Boa Leitura!!

*Ana Izaura*



## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Panorama geral do nascimento prematuro e do baixo peso no Brasil e no Mundo

O período neonatal passou a ter maior visibilidade nas décadas de 80 e 90 quando houve mudança significativa no perfil de mortalidade infantil associado à redução do elemento pós-natal e elevada mortalidade no período neonatal precoce, sendo estes fatores associados à iatrogenias severas como o elevado número de cesáreas sem indicação e avaliação errônea da idade gestacional (SOBEP, 2021).

Por conseguinte, o componente neonatal, tanto na mortalidade, quanto na morbidade, tem se destacado enquanto um desafio ao sistema de saúde sendo uma prioridade de saúde global e considerado, inclusive, entre as principais metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Assim, em relação aos objetivos traçados para a população neonatal, na meta relativa à saúde de qualidade, consta a redução da mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos-vivos até o ano de 2030 (IBGE, 2022).

Informações relativas ao nascimento e óbito infantil no ano de 2020 demonstram uma queda considerável na mortalidade na infância para 14 por 1.000 nascidos-vivos em território nacional explicada pela queda estatística no número de nascidos vivos desde o ano de 1998 (TILKIAN, 2022). Em contrapartida, as mortes neonatais por causas evitáveis no Brasil, apesar de acompanharem a tendência decrescente, ainda dispõem de índices elevados se comparado a outros países (PREZOTTO, 2021). No ano de 2021 a taxa de mortalidade neonatal registrada no Brasil esteve em 16,57 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2022), taxa esta associada a causas evitáveis como intercorrências de saúde materna durante a gestação, asfixia neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade (PREZOTTO, 2021).

Dessa forma, a identificação das tendências dos coeficientes de mortalidade neonatal é importante para auxiliar em políticas e medidas estratégicas para a redução da mortalidade neonatal, influenciando na adoção de novas tecnologias de cuidado (PREZOTTO, 2021). Em exemplo, em 2012, o Brasil alcançou o objetivo número 4 dos ODS que previa a redução de 2/3 da mortalidade infantil, dessa forma, houve uma redução de cerca de 77% dos óbitos de crianças menores de cinco anos. Tais



alcances se devem ao investimento realizado na Atenção Básica à Saúde (ABS). Assim, intervir sobre o componente neonatal da mortalidade infantil implica em rastrear e identificar os recém-nascidos (RN) prematuros (PT) e de baixo peso (BP), assim como, investir no suporte para os cuidados destas crianças. Nessa direção, as parcerias com as famílias e seu empoderamento para o cuidado tem sido discutido enquanto estratégias relevantes, em especial, o Método Canguru por favorecer a confiança para o cuidado e reduzir o estresse parental (WHO, 2019).

Historicamente, os direitos das crianças decorrem de muitas discussões nacionais e internacionais. No ano de 1989, a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a Convenção sobre os Direitos das Crianças, em consequência, surgiram uma sequência de movimentos de direitos humanos voltados a esta população (LAUSANNE NO BRASIL, 2014).

Um dos principais marcos alcançados por centenas de países, inclusive o Brasil, após a adoção da Convenção sobre os Direitos das Crianças, foi a Declaração Mundial para a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, assinada na década de 90. Este documento culminou em um plano de ação entre todos os países participantes com o compromisso de melhorarem a saúde materna e das crianças, erradicando doenças que, factualmente, causaram milhões de mortes infantis (LAUSANNE NO BRASIL, 2014).

Outros compromissos desde então foram firmados em decorrência dos grandes desafios mundiais como a pobreza, a violência e a exposição infantil a diversas doenças que retardam o crescimento e desenvolvimento e aumentam a morbimortalidade. No ano de 1990 foi regulamentado, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente através da Lei nº 8.069, o que desencadeou, em território nacional, um movimento de organização jurídica e assistencial prestada ao recém-nascido, criança, adolescente e sua família, tendo como ação principal a manutenção da saúde e bem-estar infantil, com foco especial à primeira infância (BRASIL, 2014).

No Brasil, a primeira infância é marcada, legalmente, pela Lei nº 13.257 de 2016 que, enquanto política pública trata, especificamente, sobre a formulação e implementação de medidas que visam o desenvolvimento físico e social dos seis primeiros anos de vida da criança. As medidas prioritárias para as políticas públicas, envolvem, em primeira escala, a saúde, alimentação e nutrição (SIQUIERA, 2021). Essa garantia se dá com o início precoce do pré-natal por estabelecimento de políticas públicas que assegurem um acompanhamento gestacional adequado, bem como, a realização de parto humano e seguro (SAÚDE, 2012; SIQUIERA, 2021).

O acompanhamento materno, quando planejado, se dá antes mesmo da concepção com intuito de identificar os riscos de patologias que possam influenciar no curso normal da gestação (COSTA,

2022). Assim, o planejamento familiar, estabelecido pela Lei nº 9.263/96, é a garantia de ações voltadas à saúde reprodutiva do casal. Esse passo importante tem como premissa contribuir para a diminuição de complicações relativas à gravidez indesejada, abortos intencionados e nascimento prematuro ou de baixo peso (NACIONAL, 1996; SOBEP, 2021).

Embasado na Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) do Brasil estabeleceu que os cuidados assistências com a saúde materna devem ter início precoce, antes das doze semanas de gestação; dessa forma, no pré-natal de baixo risco, o número considerado adequado, pelo mesmo órgão, de consultas é de seis ou mais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2005; SAÚDE, 2012). Quando identificadas adversidades na condução da gravidez que possam comprometer a saúde da mãe ou do feto como hipertensão, diabetes mellitus, entre outros, a gestante passa a ser assistida a partir de um serviço especializado em pré-natal de alto risco em concomitância com o serviço da ABS (PEDRAZA; LINS, 2021; SAÚDE, 2012).

Nesse contexto, faz-se necessário associar o cuidado com a saúde materna à do recém-nascido de maneira íntima e interrelacional por entendimento das consequências que o período fetal e pós-natal tem na vida, no crescimento e desenvolvimento infantil (PEREIRA; MARIA; ROLIM, 2021). Nesse aspecto, o modelo de atenção ao pré-natal no Brasil está mais voltado à valorização profissional do que alinhado às necessidades individuais da mulher, o que torna fundamental o movimento do enfermeiro em direção ao empoderamento da gestante na construção da parentalidade, criando ambiente favorável à autonomia materna após o parto nas ações e interações com a criança em todas as suas fases de crescimento e desenvolvimento (AMORIM et al., 2022; PEREIRA; MARIA; ROLIM, 2021).

O crescimento e desenvolvimento são padrões referenciais que contemplam aspectos da vida da criança e que se amparam em funções biológicas, afetivas, psíquicas e sociais. Genericamente, o crescimento se dá a partir do aumento do tamanho corporal e se encerra com o término do alongamento linear, ocorrendo de forma contínua e dinâmica desde o momento da concepção (BRASIL., 2012; DE ANDRE CARDOSO-DEMARTINI et al., 2011; LINS; PEDRAZA, 2021).

Já o desenvolvimento humano é multifacetado, podendo ser definido e entendido de diversas formas, a partir de olhares distintos. A maturação neurológica demonstrada com a capacidade motora, perceptiva, da linguagem e demais funções cognitivas, englobam processos complexos de aperfeiçoamento dos sistemas orgânicos, porém, o desenvolvimento não se reduz apenas a estes componentes, sendo conceituado por alterações contínuas e dinâmicas de crescimento físico,

maturação celular, aprendizagem e aspectos psicossociais (BRASIL, 2002; BRASIL., 2012; LINS; PEDRAZA, 2021).

A exploração da compreensão do crescimento e desenvolvimento humano, a partir do enfoque familiar, apreende significados e processos envolvidos pelas interações entre as pessoas e o ambiente familiar (MARTINS; SZYMANSKI, 2004). As características da pessoa em dado momento de sua vida são uma função conjunta das características individuais e do ambiente ao longo do curso de sua vida naquele dado momento (BENETTI et al., 2013)

Na interação mãe-bebê ações são determinadas, como o desdobramento da atividade mental em relação ao que é vivenciado, assim, os processos remetem compreensão da conduta humana, visando alcançar a mutualidade do significado complexo e progressivo do desenvolvimento infantil (DE SOUZA; BARBOSA FELIPE; CÔRTEZ GRADIM, 2019). Ele é o meio pelo qual indivíduos expressam, processam e comunicam seus entendimentos (CREPALDI; S. DE O. MOLINARI; M. C. SILVA, 2017; PEREIRA; MARIA; ROLIM, 2021).

O crescimento e desenvolvimento são interdependentes de fatores ambientais como alimentação, doenças, cuidados de higiene e saúde, sendo um dos melhores indicadores sobre as condições de vida de uma criança. Por essa razão, existem diversos fatores que podem influenciar no crescimento, haja visto que, este é um processo biológico de multiplicação e expansão celular. Dessa forma, ao nascer, cada indivíduo expressa um potencial genético associado ao crescimento e desenvolvimento que poderá ser alcançado ou não, a depender das circunstâncias de vida (DE SOUZA; BARBOSA FELIPE; CÔRTEZ GRADIM, 2019). Conclui-se, que estes aspectos estão intimamente relacionados às influências internas e externas <sup>1</sup>então, a possibilidade de atingir o potencial máximo do indivíduo em relação ao crescimento corporal e desenvolvimento neuropsicossocial é determinado por cada momento vivenciado pela criança, inclusive, o período intrauterino e neonatal (BRASIL., 2012; DE ANDRE CARDOSO-DEMARTINI et al., 2011).

Estima-se que, cerca de 200 milhões de crianças abaixo de cinco anos não consigam atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento devido às condições precárias de higiene, saúde e moradia (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007), tais respostas marginalizam os valores estimados para o pleno desenvolvimento infantil. A análise do crescimento e desenvolvimento infantil torna oportuna as intervenções precoces, tanto em nível individual, quanto coletivo e desde o ambiente intrauterino,

---

<sup>1</sup>Fatores intrínsecos: Tipos, especialmente, como fatores biológicos, metabólicos e genéticos. Fatores extrínsecos: Influenciados pela saúde, saneamento básico, moradia, alimentação e cuidados gerais (BRASIL, 2012).

haja visto que, as condições que levam à prematuridade e ao baixo peso no nascimento (MENDES et al., 2019) estão fortemente atreladas a fatores ambientais que, por sua vez, denotam desfechos infantis desfavoráveis (DE SOUZA; BARBOSA FELIPE; CÔRTEZ GRADIM, 2019; ROVER et al., 2016).

Para crianças nascidas prematuras e de baixo peso, tais componentes são ainda mais variáveis, pois as repercussões não são homogêneas e, com grande frequência, essa população apresenta significativas discrepâncias nos marcos de desenvolvimento (CAÇOLA; BOBBIO, 2010; DA SILVA, 2019; DE ANDRE CARDOSO-DEMARTINI et al., 2011). Fatores biológicos como suscetibilidade genética e lesões neurológicas podem ser um dos principais fatores associados à prematuridade (MENDES et al., 2019). Mas, de forma geral, quanto mais jovem a criança e com maiores fatores associados, mais vulnerabilidade terá em relação ao seu crescimento e desenvolvimento, incluindo cuidados afetivos, sociais e de envolvimento familiar (BRASIL., 2012; HENRIQUES, 2021).

O nascimento prematuro abrange crianças que nascem antes de completadas as 37 semanas de gestação<sup>2</sup> sua causa é multifatorial e influenciada pelas condições maternas relacionadas à saúde, qualidade de vida, aporte social, econômico e sanitário e, ainda, a infecções, fatores genéticos e más formações congênitas (WHO, 2019). Os prematuros representam um grupo com grande risco de morte e registros de sequelas graves de difícil prognóstico, especialmente quando nascidos próximos das 24 semanas de gestação. É uma população que demanda hospitalizações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e que vivenciam o distanciamento precoce do contato com a mãe e com seus familiares (CHAN et al., 2017).

Já os recém-nascidos de baixo peso referem-se àqueles onde o peso ao nascer foi inferior a 2.500 gramas, os de muito baixo peso são os que apresentaram peso menor de 1.500 gramas e os de extremo baixo peso são nascidos com peso corporal menor de 1.000 gramas e decorrem de uma restrição do crescimento intrauterino que, assim como a prematuridade, é influenciada por diversos fatores como fumo, doenças infecciosas e crônicas. Vale ressaltar que, nem todo RN que nasce de baixo peso é prematuro, bem como, nem todo o RN que nasce prematuro apresenta baixo peso (BRASIL., 2012; MARIANA; SANTOS, 2021).

Recém-nascidos que nasceram com peso baixo ou prematuramente têm maior risco de adoecimento, invalidez e morte. Segundo a OMS, anualmente, nascem cerca de 30 milhões de crianças

---

<sup>2</sup> Classificação da prematuridade: Prematuros extremos: Idade gestacional menor de 28 semanas; Muito prematuros: Idade gestacional entre 28 e 32 semanas; Prematuros moderados e tardios: Idade gestacional entre 32 e menos de 37 semanas (BRASIL, 2018).

prematuras, de baixo peso ou que apresentam adoecimento nos primeiros dias de vida (MARIANA; SANTOS, 2021). Um levantamento realizado pelo mesmo órgão apontou que, em 2017, 2,5 milhões de recém-nascidos morreram durante os primeiros 28 dias de vida, dos quais, 80% eram de baixo peso ao nascimento, 65% eram pré-termo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2018; WHO, 2019).

A mortalidade neonatal representa cerca de 70% das mortes em crianças no Brasil e 46% no Mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2018), fato que demonstra maior atenção à saúde nesse período de vida por estarem associados a maiores vulnerabilidades. Assim sendo, a prematuridade é o maior determinante de mortalidade infantil e o nascimento de baixo peso o maior marcador isolado para essa ocorrência, portanto, a preocupação com a abordagem neonatal se mostra embasada em dados que possibilitam a identificação precoce desses riscos e de ações direcionadas aos momentos mais oportunos para a prevenção de agravos e melhores condições de vida (BERNARDINO et al., 2017; BRASIL, 2018a).

O Brasil está entre os dez primeiros países com maior número de nascimentos prematuros ao ano, em especial nas regiões Norte e Sudeste, sendo que este número tende a aumentar, exponencialmente, com os prematuros extremos que nascem com idade gestacional entre 24 a 30 semanas (WHO, 2019).

Estudos atuais têm demonstrado que vários são os fatores que influenciam na mortalidade neonatal, os principais são raça/cor, gestações múltiplas e idade gestacional com RN com menos de 36 semanas de gestação, filhos de mães adolescentes e peso inferior à 2.500 gramas, tempo maior que 30 minutos no deslocamento ao hospital, tempo menor de 1 hora ou maior de 10 horas entre a internação e parto, pré-natal inadequado e sexo masculino (SOBEP, 2021).

Ao direcionar a atenção nos recém-nascidos de baixo peso (RNBP) ao nascimento, (NETO et al., 2011), reconhece-se ser estes importantes marcadores de avaliação da saúde neonatal e perinatal, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (DE SOUZA; VERÍSSIMO, 2015; VELOSO et al., 2019). Sua correlação com questões de insuficiências no crescimento e desenvolvimento é fato, assim como as morbimortalidades (FIGUEROA PEDRAZA, 2014). A ocorrência tem relação direta com a qualidade da atenção à saúde no pré-natal, aspecto que movimenta o Ministério da Saúde do Brasil a investir em estratégias e documentos orientadores para este fim (BERNARDINO et al., 2017) .

Sabe-se que os avanços científicos, com destaque ao conhecimento sobre o período gravídico e neonatal, trouxeram a possibilidade de que tais mortes possam ser evitadas com ações simples de

cuidado como o aleitamento materno, o contato pele a pele entre mãe/pai e bebê, favorecimento do acesso a medicamentos disponíveis na rede pública, entre outras medidas. O acesso aos serviços e programas de saúde estão associados à melhores desfechos de saúde e alcances de desenvolvimento na primeira infância (WHO, 2019).

Nessa conjectura, identificam-se diversos documentos orientadores da atenção à saúde no Brasil preocupações com a criança nascida pré-termo e/ou de baixo peso, em especial a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção à Integral à Criança e o Método Canguru (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha compõe um conjunto de práticas que envolvem mudanças no cuidado dispensado às gestantes, ao momento do parto, puerpério e recém-nascido, com atenção integral à criança e enfoque nos primeiros 2 anos de vida (BRASIL, 2002, 2011). Ela se propõe a garantir aos recém-nascidos, práticas advindas de evidências científicas sob o horizonte dos princípios da humanização e integralidade (VILELA et al., 2021). Entende-se que, as recomendações estabelecidas através dessas condutas voltadas ao atendimento do recém-nascido prematuro e de baixo peso tendem a aumentar o apego, o incentivo ao aleitamento materno, compreensão e desenvolvimento da parentalidade, bem como aspectos que se interligam ao cuidado e desenvolvimento infantil (BITTENCOURT et al., 2021).

Recentemente, foi implementado a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) através da Portaria GM/MS n° 2.228 de 1° de Julho de 2022 como uma ação federal para atualização e ampliação da assistência materno-infantil trazendo uma proposta de reestruturação da Rede Cegonha a fim de reforçar a atuação em nível primário de cuidado com maior resolutividade pela Atenção Primária com o objetivo de reduzir os óbitos infantis e maternos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Convergente às discussões acima, o eixo estratégico I da Política Nacional de Atenção Integral à Criança trata mais diretamente dos RN prematuros e de baixo peso. Suas diretrizes visam qualificar e direcionar as ações dos serviços de saúde do pré-natal ao período neonatal, articulando condutas estabelecidas na maternidade com a ABS (PORTARIA N° 141/2018, 2018). E, neste eixo estratégico está recomendado o Método Canguru, o qual intenciona as crianças de risco, em especial as prematuras e/ou de baixo peso (BRASIL, 2013; LAMY et al., 2005).

## 2.2 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança e o Método Canguru

Com a necessidade de refletir sobre o cuidado infantil em suas múltiplas dimensões e, embasados nas especificidades que esse período denota, emergiram, em nível global, debates sobre os direitos humanos das crianças que culminaram em diversas transformações nos sistemas de saúde. No Brasil, a proposta de políticas públicas resultou de grandes lutas e reivindicações. No ano de 1920 teve-se início o incentivo ao aleitamento materno como estímulo ao menor adoecimento infantil e, conseqüentemente, maior jornada de trabalho das mulheres (ARAÚJO et al., 2015).

Duas décadas depois, programas foram criados pelo Departamento Nacional da Criança com a proposta de proteção à saúde materna e infantil com foco em instituições hospitalares privadas e centros médicos interligados à indústria, sempre permeando, principalmente, a diminuição do absenteísmo materno. Nesse período, o Ministério da Saúde e Educação eram interligados, passando por separação apenas no ano de 1953, quando o MS se responsabilizou pelo Departamento Nacional da Criança que, anos mais tarde, veio a ser destituído e tornou-se o Centro de Coordenação de Proteção Materno-Infantil (ARAÚJO et al., 2015).

Apesar das mudanças, a criança era assistida, unicamente, em situações agudas de agravos à saúde, o que representava aumento dos índices de mortalidade infantil. Com vistas a mudar a assistência de saúde dessa população e promover acompanhamento no processo de crescimento e desenvolvimento, em 1980 o MS inaugurou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Dessa forma, estabeleceu-se ações básicas para o atendimento e resolução dos problemas de cunho materno-infantil como o aleitamento materno e alimentação infantil, controle de doenças respiratórias e diarreicas, calendário de imunização básica e acompanhamento profissional sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (ARAÚJO et al., 2015; MARQUES, 2010)

Após a década de 80, por meio da Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas de 1990, várias foram as conquistas de saúde em nível nacional que contribuíram para grandes mudanças no modelo de saúde até então predominante e resultaram em, mesmo que discretamente, diminuição do índice de mortalidade infantil. Essas ações identificaram a necessidade de avanços na área da saúde infantil e, com o intuito de ampliar os enfrentamentos para as condições de saúde dessa faixa etária, a partir de 1984 o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Criança, segregando-o da saúde materna priorizando a qualificação das ações de saúde e aumentando a cobertura aos serviços prestados (ARAÚJO et al., 2015).

Em 1990, a promulgação da Lei nº 8.069, define o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ampliando os direitos de proteção e saúde integral à criança com amparo familiar, da sociedade e do Estado. Dessa forma, no ano seguinte, implanta-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, sequencialmente, em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Tais programas inspiraram-se na adoção de medidas de aproximação com a comunidade proporcionando a prevenção de agravos à saúde e reorganização do sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2014).

O Programa Saúde da Família, ampliado mais tarde para Estratégia Saúde da Família (ESF) em nível municipal, veio reestruturar a oferta de serviços de saúde de um modelo curativo para um modelo com foco na promoção da saúde e comunidade, criando corresponsabilização e vinculação de ações interprofissionais. Simultaneamente, foi criado o Programa de Assistência Perinatal (PROASP) com direcionamento à saúde materno-infantil e estabelecimento de estratégias de melhorias na qualidade da assistência destina ao parto e ao RN, com instituição do alojamento conjunto e promoção do aleitamento materno (ARAÚJO et al., 2015).

Ainda destinado à garantia dos direitos maternos-infantis, com objetivo principal de apoiar o aleitamento materno, o MS estabeleceu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), destinando 10% a mais de recursos na assistência ao parto para hospitais Amigos da Criança e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ações assistenciais e promovendo o protagonismo materno e infantil (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2004, 2011).

No intuito de ampliar os cuidados com a saúde infantil e levando em consideração as especificidades regionais, em 1996 foi adotada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que é uma estratégia de acompanhamento da saúde infantil em acordo com a atenção básica à saúde, moldada a partir das principais ameaças à saúde da criança. Sua implementação foi planejada pela OMS e Fundo das Nações Unidas da Infância (UNICEF) a fim de reduzir a mortalidade infantil pelo direcionamento e manejo adequado às doenças mais prevalentes nessa fase da vida. Tais objetivos foram alcançados, mas, ainda, insuficientes, especialmente no Norte e Nordeste do País (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL., 2012).

Na mesma década, os Estados brasileiros foram reorganizados para atenderem à saúde das mulheres em gestações de risco com incorporação de novos recursos para a compra de materiais e equipamentos específicos e integração de ações e capacitação técnica para atuação profissional com melhorias na qualidade do pré-natal e parto. Surge assim, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco (ARAÚJO et al., 2015)



Em julho de 2000, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº693 que regulamenta a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru, em consideração ao grande número de nascimentos prematuros e de baixo peso (BRASIL, 2002; LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019).

O Método Canguru foi desenvolvido na cidade de Bogotá, Colômbia, em 1979, por Reys Sanabria e Hector Martinez. Sua criação está atrelada à necessidade emergente de leitos hospitalares devido à superlotação das unidades neonatais. Concomitantemente, a presença da mãe nas unidades de terapia intensiva neonatal, de forma contínua com o seu bebê, foi cada vez mais esperada, com resultados favoráveis à saúde do neonato como a garantia de calor, aumento da produção de leite materno, promoção do vínculo materno-infantil e aumento da qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido crítico (BRASIL, 2002, 2013).

O Método Canguru, como uma forma de assistência neonatal, prevê que o bebê esteja de fralda, em decúbito prono e em contato pele a pele com um adulto, em especial a mãe, promovendo a estabilização térmica, diminuindo as intervenções invasivas, estimulando o aleitamento materno e fortalecendo o vínculo familiar (ZIRPOLI et al., 2019).

O trabalho inicial realizado pelos médicos Héctor Martinez Gómez e, posteriormente, Luiz Navarrete Pérez, despertou o interesse do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) por ampliação de pesquisas sobre o MC com observações inovadoras para a prática neonatal. Em 1993, um grupo foi criado na Colômbia com a identificação de Programa Mãe-Canguru da Clínica de Niño do Instituto de la Seguridad Social objetivando a difusão da técnica e realização de inúmeras pesquisas para melhor compreensão do método (BRASIL, 2015; TOMA, 2000).

Na Colômbia, o Método é usado, com predomínio, em ambulatórios com ênfase especial no crescimento e desenvolvimento infantil e direcionado para realização em domicílio e acompanhamento constante no ambulatório de seguimento. Em nível hospitalar as mães são preparadas para que estejam familiarizadas para a prática domiciliar, aumento do apego, sinais de alerta do RN e alta precoce, porém, segura (BILOTTI et al., 2017; LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019)

A expansão de conhecimento acerca do Método Canguru se tornou notável em diversos outros países, a partir dos achados na Colômbia. Internacionalmente, passou a ser conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC) e no Brasil, como Método Canguru (MC). Em cada país, a forma de aplicação e os objetivos almejados são divergentes em decorrência do desenvolvimento do país, da cultura e crenças locais e da organização neonatal e territorial. Tais experiências são conhecidas a partir do

encontro entre países que acontece a cada dois anos desde 1996, denominado International Workshop on Kangaroo Mother Care (TOMA, 2000).

A grande maioria dos estudos realizados mundialmente retoma a repercussão da posição canguru para a mãe e o bebê, sendo poucos os que transcendem esses achados. Divergentemente da Colômbia, países da Europa têm maior ênfase nas unidades neonatais sem descrições do manejo em ambientes domiciliares (BRASIL, 2002; FERREIRA et al., 2019; LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019).

Percebe-se também que muitos países experienciam a posição canguru de formas divergentes, exemplos são demonstrados a partir da preconização de diferentes tempos de permanência, desde 30 minutos em países como Itália e Espanha, 1 hora em países como Israel e Brasil ou mais de 3 horas, como na Índia (TOMA, 2000). Tais discrepâncias também estão associadas ao ambiente hospitalar e domiciliar, tais como nos países da Europa (SANTOS; PEREIRA, 2016) .

No Brasil, o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, foi o primeiro a utilizar o MC no ano de 1992, sendo, a partir de então, mais difundido em todo o país. Assim, com o intuito de padronizar essa prática, o Ministério da Saúde contemplou o Método Canguru como parte fundamental de política nacional de saúde com ações integradas voltadas para a qualificação do cuidado do recém-nascido e sua família, incluídos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento sob portaria GM nº 693 de 5 de julho de 2000, atualizado pela portaria GM nº 1683 de 12 de julho de 2007. De forma organizacional, a portaria 930 de 10 de maio de 2012 foi definidora das diretrizes e objetivos organizacionais da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave e habilitação de unidades neonatais no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018a; LAMY et al., 2005).

A posição canguru é especialmente direcionada aos bebês de baixo peso e prematuros cuja separação materna se deu de forma precoce, expondo-os ao ambiente deletério de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (LUZ et al., 2022). O princípio fundamental dessa prática é auxiliar nas adaptações de vida extrauterina, promovendo o retorno ao domicílio com estabelecimento de vínculo entre a mãe e o filho, estimulando o afeto e fortalecendo o aleitamento materno (FERREIRA et al., 2019; VIANA; CUNHA; LEÃO, 2019).

Os benefícios da posição canguru tem sido estudados e evidenciados há muitos anos. Autores destacam a diminuição da dor e estresse em bebês que foram submetidos a procedimentos dolorosos, bem como alterações de comportamentos maternos, deixando explícito que mães que realizaram a prática em ambientes neonatais, tiveram menor prevalência de depressão pós-parto (BILOTTI et al., 2017; LUZ et al., 2022; NUNES et al., 2017).

O contato pele a pele com início precoce melhora as chances de lactância bem-sucedida, sua simples adoção está associada ao maior encorajamento dos pais, com aumento da autoestima, confiança e habilidades para o cuidado de sua criança (GUPTA et al., 2021; NUNES et al., 2017)

A posição canguru está associada a diversas evidências científicas positivas para a mãe e o recém-nascido (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021). Evidencia -se, enquanto respostas fisiológicas, maior adesão e promoção do aleitamento materno pelo contato pele a pele, bem como ampliação do tempo de aleitamento materno e produção de leite, melhor regulação térmica do bebê e estabilidade fisiológica, estímulo positivo ao desenvolvimento neurocomportamental e respostas reduzidas à dor (FARIAS et al., 2017; KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021; NUNES et al., 2017).

Partindo do pressuposto de que é uma diretriz do Ministério da Saúde e uma prática embasada cientificamente, o contato da criança com a mãe em posição canguru, além dos fatores fisiológicos associados, tem demonstrado melhora no vínculo mãe e filho (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021), promovendo, inclusive, a participação dos pais nos cuidados diários com o RN, fortalecendo o desempenho da maternidade e paternidade (FARIAS et al., 2017).

O desenvolvimento biopsicoafetivo do bebê recebe influências iniciais e prolongadas através da superfície corporal. Tais experiências devem ser proporcionadas precocemente, pois os protegem das agressões fisiológicas da prematuridade e do baixo peso, sustentando o fortalecimento de aspectos afetivos e psicológicos envolvidos nos momentos de toque (BRASIL, 2013; SOBEP, 2021) .

Ademais, durante o contato pele a pele há uma transferência de microbiota saudável da mãe substituindo a microbiota patogênica do neonato exposto a ambientes estressores com da UTIN e/ou UCIN (MUSTAPHA et al., 2022; PORFIRIO et al., 2021) .

No Brasil, o MC está proposto para ser desenvolvido a partir de três etapas, com consideração contínua da individualidade da criança, de sua família e de sua história familiar (BRASIL, 2018b).

A primeira etapa se inicia no momento de nascimento do recém-nascido de baixo peso e prematuro, quando este não tem a possibilidade de ida ao alojamento conjunto, permanecendo internado em unidade intensiva ou de cuidados intermediários (KONSTANTYNER; PEREIRA; CAETANO, 2022). Identifica -se, assim, a história familiar e gestacional, propiciando, precocemente, a visita, reconhecimento e participação dos pais acerca das particularidades do ambiente e do cuidado com RN (DA SILVA; DE LIMA; OSÓRIO, 2016; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Nesse momento, o intuito é facilitar e aproximar a mãe e sua família do RN, aumentando o vínculo e proporcionando maior conhecimento parental para o acontecimento da posição canguru com

o RN em contato pele a pele com a mãe, o pai ou cuidador (a) em decúbito prono, posicionado verticalmente e com o mínimo de roupa possível (CAETANO, 2022; KONSTANTYNER; PEREIRA; CAETANO, 2022) . Nessa etapa são fortalecidas as medidas de estímulo com o aleitamento materno, desde o auxílio no cuidado com as mamas até a ordenha e o armazenamento do leite materno. Ainda, é possível ressaltar a importância da atuação materna na recuperação da criança, visto que, essa etapa define a velocidade com que ela irá progredir clinicamente (FERREIRA et al., 2019; SALES et al., 2018).

A segunda etapa começa quando o RN se encontra estabilizado, sendo acompanhado, continuamente, em âmbito hospitalar, pela mãe e a família que passam a assumir, majoritariamente, os seus cuidados (ALVES et al., 2021). Nessa etapa, enquanto progresso da primeira, os objetivos são de fortalecer o aleitamento materno, praticar a posição canguru pelo maior tempo possível e esclarecer dúvidas sobre o MC e cuidados gerais com o bebê (BRASIL, 2002).

A terceira etapa do MC se inicia a partir da alta hospitalar e envolve o cuidado com a criança em nível domiciliar. Esta etapa prevê uma parceria entre maternidade, ambulatório e unidade básica de saúde a fim de promover o acompanhamento infantil nas primeiras semanas de vida (BRASIL, 2018b). Ela tem a intenção de promover a continuidade da assistência ao RN prematuro e/ou de baixo peso, assim, o papel do enfermeiro nesta etapa vai além da supervisão, objetiva-se estabelecer um acolhimento que proporcione confiança, estímulos positivos à prática que deve ser encarada pela qualidade e não quantidade (CLARA; PEREIRA, 2022) . Nesse horizonte de sentido, se cria um ambiente favorável à comunicação e respeito mútuo, informando aos pais sobre as condições de saúde da criança em desenvolvimento (BORCK; DOS SANTOS, 2010).

No Brasil, raros são os contextos em que todas as etapas do Método Canguru são realizadas, com grandes insuficiências quanto à terceira etapa. Os principais fatores que se articulam a isto são: a sobrecarga profissional, menção da família de falta de tempo e as condições socioeconômicas das famílias (SOUSA et al., 2019). Concomitante ao exposto acima, a falta de conhecimento sobre o tema, a ausência de habilidade, bem como a abertura profissional para o trabalho com a tríade RN, mãe e família, se fazem limitantes na incorporação do Método Canguru em sua propositura integral (CLARA; PEREIRA, 2022; ZIRPOLI et al., 2019).

### **2.3 O cenário histórico da visita domiciliar e sua incorporação na prática assistencial do Enfermeiro e no contexto neonatal**

Ao contextualizar a atenção domiciliar, retomamos a própria organização social, haja visto que, os relatos históricos sugerem que a abordagem em saúde era realizada em domicílio no Egito e Grécia antigos (SAVASSI, 1988; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Na Idade Média, a Igreja Católica era detentora das relações sociais e influenciava moral, intelectual e economicamente as comunidades, então, o cuidado em saúde era realizado nas residências e tinha como foco o conforto da alma do doente por uma interpretação de doença como castigo divino, ou seja, como cuidado pré-científico ou religioso (MAZZA, 1994). Essa caracterização deriva-se do fato de a visita domiciliar ser realizada como ato de caridade sem a necessidade de vínculo com suporte científico ou metodológico (BRASIL., 2012).

À época de 1500, a visita domiciliar passou a ser oportunidade para a realização de procedimentos médicos, tornando-se um cuidado metodologicamente baseado nas ciências. Data do Século XVI a criação do Instituto das Filhas de Caridade por São Reticente de Paula com o intuito de promover a assistência aos pobres que se encontravam doentes em domicílio. Para tal, foi preconizado um manual de procedimentos e etapas que deveriam ser seguidas nas visitas domiciliares; a partir de então, cada vez mais esse processo era tomado enquanto ciência na Europa e Estados Unidos (MAZZA, 1994).

Em 1909 foi regulamentado, na Inglaterra, a capacitação formal dos profissionais para a visita domiciliar; nos Estados Unidos, em 1900 foi criada a instituição “*Visiting Nurses Association*”. Os profissionais passaram a ser formados para o cuidado em domicílio dedicando seu aprendizado ao grupo materno-infantil e aos acometidos por tuberculose, mantendo-se assim, por décadas seguintes (MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

No Brasil, o cuidado de enfermagem tomou maior visibilidade com a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, por José de Anchieta, com atendimento direcionado por voluntários, aos pobres e marginalizados. Quarenta anos após o início da sistematização da assistência à saúde em domicílio, iniciada nos estados Unidos e Europa, é que o Brasil dá início à organização do cuidado dos doentes, passando, os hospitais a serem de controle do governo e, não mais, dirigidos pelos religiosos (MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

Verifica-se que, no Brasil, a atenção à saúde era premente de nível secundário e terciário, haja visto que, a primeira escola de enfermagem, criada no Rio de Janeiro, tinha como objetivo principal o atendimento hospitalar civil e militar e em hospitais psiquiátricos (MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

Tal modalidade foi sendo estruturada para pensar no sujeito passou como paciente e teve o hospital como um local de configuração da doença. O processo de hospitalização reafirmou a identidade do paciente na família e na comunidade como doente e, aos poucos, a família foi perdendo seu potencial de tomada de decisão para o cuidar, conjugando essa função aos profissionais de saúde que, isoladamente, passaram a decidir sobre a saúde das pessoas que, uma vez internadas, perdiam a responsabilidade pelas suas vidas (BRASIL, 2012a; MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

Na década de 20, com os graves problemas epidemiológicos apresentados, foi necessário reorganizar a assistência à saúde, tomando-a enquanto único meio de controlar e combater as doenças prevalentes na época. As medidas sanitárias foram coercitivas e autoritárias, impondo práticas científicas em todos os espaços sociais (MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

A visita domiciliar teve então seu surgimento no Brasil, em 1919, após a publicação de um artigo de “O Jornal”, onde o médico J.P. Fontell, destaca a necessidade de educação em saúde e formação profissional às enfermeiras visitadoras com o objetivo principal de prevenção de doenças e agravos à saúde. No ano de 1920 foi introduzido na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, um curso de visitadoras sanitárias e um serviço de visitação como parte da atuação em saúde para a profilaxia da tuberculose. Em 1922 foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada à Universidade do Rio de Janeiro, com a incorporação do modelo assistencialista da enfermagem moderna proposto por Florence Nightingale, com formação de profissionais para a atenção primária   saúde (MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

Anos mais tarde, foram criados centros de saúde com o objetivo de tratar a tuberculose, hanseníase, tracoma e de diminuir a mortalidade infantil. Tais centros tinham a visita domiciliar como intervenção de saúde, porém, utilizada, restritamente, aos doentes. Posteriormente, com a necessidade de promover o saneamento em outras regiões do país, foram incluídos na assistência domiciliar, profissionais de nível médio que realizavam suas funções sob supervisão das enfermeiras e contavam, então, com estratégias preventivas (BRASIL, 2012a; MAZZA, 1994; SAVASSI, 1988).

“A assistência de enfermagem domiciliária era caracterizada por uma sistematização mais ampla, pois, além de seguir as orientações da época de São Vicente de Paula, preocupava-se também com a sistematização do processo de visitação: com o preparo anterior   realização

da visita; uso de técnicas adequadas desenvolvidas no domicílio; de roteiro para realização da visita; estabelecimento de prioridade para os doentes portadores de doenças transmissíveis, que deveriam ser visitados separadamente ou em último lugar, para evitar infecções cruzadas; tendo preocupação com o tempo dispensado em cada visita” (MAZZA, 1994).

A partir da Reforma Sanitária, ocorrida em 1998, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e posterior criação do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Tais ações foram dadas com o objetivo de instrumentalizar a saúde a partir dos princípios integralidade, universalidade, equidade e participação social (REIS et al., 2006).

Em 1994, motivado pelo contexto nacional e necessidade de reorganização do sistema de saúde, o governo brasileiro implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi implantada enquanto um meio para articular o sistema de saúde em todos os seus níveis e racionalizar o uso de tecnologias até então utilizadas em demasia (BEATRIZ; GUIMARÃES, 2020). O conhecimento dos fluxos de saúde e da clientela atendida, torna essa proposta adequada, resolutive e oportuna (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

“Representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais” (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Como forma de qualificar a assistência prestada em nível domiciliar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e garantir sua instituição dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), define-se a Atenção Domiciliar (AD) a partir da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, como uma modalidade de atenção à saúde composta por ações de promoção à saúde, preventivas e de tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos a ocorrerem em domicílio, garantindo a continuidade do cuidado e desospitalização precoce (BRASIL, 2012a, 2016a).

A AD possibilita a manutenção do cuidado após a alta hospitalar diminuindo os riscos inerentes à longos períodos de internação. Retoma-se ao domicílio a possibilidade de espaço inovador destinado ao cuidado, contrapondo a configuração puramente hospitalar predominante até então (PROCÓPIO et al., 2019). Dessa forma, abriu-se uma extensão do cuidado hospitalar como resposta às mudanças sociais, culturais, econômicas, epidemiológicas e demográficas (LISIANE; MORAES, 2017).

Enquanto estratégia voltada para assistir amplamente os usuários do SUS, incorporou-se, como ferramenta do cuidado, a visita domiciliar (VD) (PROCÓPIO et al., 2019; RAJÃO; MARTINS, 2016). Atualmente, com o aumento da complexidade assistencial e diversidade cultural, utiliza-se como foco da atenção primária a aproximação profissional ao contexto em que os usuários estão inseridos, sendo a visita domiciliar reconhecida enquanto atividade desenvolvida junto ao indivíduo, família e comunidade com enfoque na assistência à saúde que valoriza a sua intersubjetividade e vivências pregressas. Tem como intuito garantir a efetivação do cuidado à saúde proposta pela OMS e SUS (BONES ROCHA et al., 2017).

“Esta atividade foi preconizada por renomados profissionais da área de enfermagem, pelos quais é indicada e reconhecida como estratégia para o trabalho na comunidade, sendo um método eficaz, pois pode despertar na população a preocupação para as questões de sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução de seus problemas e fornecer-lhe subsídios educativos para torná-la independente” (MAZZA, 1994).

A visita domiciliar assume ser um vantajoso instrumento de cuidado ao proporcionar aos profissionais de saúde o conhecimento aproximado do indivíduo em seu ambiente de vida, de habitação e relações por estes estabelecidas, facilitando a identificação das necessidades apresentadas e maior adaptação ao plano de assistência de enfermagem de acordo com o que é disposto pela família, bem como aumentar a aproximação dos profissionais com as famílias atendidas, dando a estas, autonomia para exporem seus problemas de saúde e serem envolvidos em sua resolução (DA NÓBREGA MAZZO; DE BRITO; DOS SANTOS, 2014; RAJÃO; MARTINS, 2016).

Enquanto tecnologia de cuidado, a VD, tem sido utilizada por diferentes profissionais da área da saúde com o intuito de ampliar a abrangência e o foco das ações em saúde servindo de meio para a criação de vínculos afetivos, porém, o enfermeiro se revela enquanto profissional central na realização das VD nos trabalhos da AB por estar diretamente ligado à gestão dos serviços e prática assistencial (ANDRADE et al., 2017; FORTUNATO et al., 2017).

É preciso considerar que essa modalidade de cuidado propõe a reorientação da AB com foco nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social e requer uma atenção qualificada no que diz respeito às competências relacionais entre equipe, usuários e familiares, assim como, conhecimento técnico, científico e autonomia profissional (ANDRADE et al., 2017). Dessa forma, perante as ações complexas a serem desempenhadas, o trabalho do enfermeiro protagoniza-se na articulação do cuidado com a família de maneira acolhedora e que possibilite a criação de vínculo, confiança e o reconhecimento do ambiente de vida e de necessidades do indivíduo e seus familiares, promovendo a educação em saúde (SILVA; RIBEIRO, 2020).



Entre diversos aspectos, a aproximação promovida entre os enfermeiros no contexto de vida dos indivíduos destaca-se como promotora da visita domiciliar por permitir uma avaliação subjetiva das práticas de saúde que alcançam espaços para o diálogo e a interação (BONES ROCHA et al., 2017). Não obstante, vale ressaltar que a VD nem sempre foi reconhecida como prática assistencial, ocorrendo, muitas vezes, de forma improvisada e desqualificada. Tal fato ampliou, de modo ativo, a busca por uma assistência domiciliar embasada cientificamente e em consonância com o direito à saúde, favorecendo e consolidando a atuação do enfermeiro no processo de cuidar e suas diversas possibilidades de continuidade de uma assistência coordenada e qualificada aos usuários (BONES ROCHA et al., 2017; HENRIQUES, 2021).

As atividades realizadas pelo enfermeiro na AB vão muito além de procedimentos técnicos e curativos. Ações interacionais fazem parte do escopo de condutas adotadas por estes profissionais. Tal relevância encontra destaque devido ao acolhimento realizado pelo enfermeiro aos pacientes. A relação de ajuda com os problemas de saúde se dá por uma conduta de respeito e diálogo capaz de gerar uma relação mútua de confiança. As habilidades que denotam tais comportamentos assertivos perpassam pela escuta e comunicação atenciosa que promove um tipo de negociação entre as partes, emergindo um relacionamento eficaz com resultados mais duradouros (ANDRADE et al., 2017).

A partir do diálogo e da escuta são gerados canais para o desenvolvimento de ações educacionais tanto no que diz respeito às famílias quanto para os cuidadores e pacientes. A educação no contexto da visita domiciliar tem como configuração os saberes do enfermeiro e suas experiências progressas. Através desse recurso social e de saúde vivencia-se a prevenção de riscos e a identificação de situações de vulnerabilidades que se expandem em circunstâncias individuais e coletivas (ANDRADE et al., 2017).

Em grande parte, o tempo de atuação do enfermeiro está direcionado ao cuidado que se faz a partir de processos interrelacionais de busca ao conforto físico, emocional e mental dos pacientes e seus familiares. A abertura ao processo de relacionar-se faz do enfermeiro um profissional essencial na conjectura domiciliar com melhores respostas às demandas sociais. Sua assistência em âmbito domiciliar repercute nos modos de se fazer o cuidado, tornando a decisão pelo encontro com estratégias criativas um processo constante de ensino e aprendizagem (ANDRADE et al., 2017)

A visita domiciliar enquanto ação importante e como papel do enfermeiro, requer planejamento e disposição para o processo de cuidar que é, reconhecidamente, uma prática complexa e que se expande à medida das necessidades apresentadas e com base nos recursos disponíveis, apresentando-

se como ferramenta para a redução significativa dos problemas sociais e de saúde da população (ANDRADE et al., 2017).

Tais ações só podem ser desenvolvidas e aplicadas no cuidado domiciliar a partir da construção de habilidades e competências que conduzam o enfermeiro na tomada de decisão imposta pela imprevisibilidade dos trabalhos em domicílio. A ampliação e qualificação de seu conhecimento clínico-assistencial perpetua sua autonomia profissional dentro destes espaços de cuidado ao passo que torna essa vivência singular para todos os envolvidos (ANDRADE et al., 2017).

Os programas de VD são cada vez mais reconhecidos como importantes ferramentas de intervenção em saúde nos cuidados durante a infância. Seus modelos são direcionados a diferentes abordagens que vão desde uma triagem familiar para doenças prevalentes na região até o ensino de habilidades parentais e de aprendizagem precoce. Tais apostas são valiosas pois trazem resultados positivos no cuidado responsivo com as crianças e influenciam na capacidade dos pais e familiares em se relacionarem através de uma abordagem efetiva entre seus membros e apoio sociais (MINKOVITZ; NEILL; DUGGAN, 2016).

No Brasil, no que tange a população neonatal, as medidas adotadas no ambiente domiciliar tiveram início com a elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2018a) . A melhor compreensão das necessidades do público neonatal, em especial, os RNPT e os RNBP fez com que os órgãos nacionais se dedicassem a promover uma atenção perinatal segura e de qualidade em que os pais e familiares fossem envolvidos no cuidado (BRASIL, 2002).

Esta política pública foi o primeiro passo para o estabelecimento do cuidado domiciliar, especificamente, para a população de RNPT e RNBP. Tal medida fortalece a emprego da alta hospitalar segura e responsável, preparo da família para o retorno ao lar e acompanhamento destes recém-nascidos a nível de Atenção Básica (BRASIL, 2002).

No acompanhamento da criança na AB é recomendado que sejam realizadas três consultas na primeira semana, sendo uma delas em nível de visita domiciliar, duas na segunda e uma consulta semanal a partir da terceira semana que se atinja o peso de 2.500 gramas, fato que leva o RNBP e RNPT à alta do Método Canguru (BRASIL, 2013). A prematuridade e baixo peso configura perfil de vulnerabilidade neonatal requerendo assistência minuciosa na Atenção Primária à Saúde (APS) no retorno ao lar (SOBEP, 2021).

O acompanhamento do RNPT e RNBP se dá em todo o período para garantir o atendimento de intercorrências, a partir das orientações da Política Pública que trata sobre o Método Canguru, com atendimentos planejados e executados em parceria com a atenção hospitalar e atenção básica, caracterizando a terceira fase do Método Canguru (BRASIL, 2013).

Mas, apesar dos avanços transcorridos nos últimos 20 anos, os documentos e publicações científicas ainda evidenciam a potencialidade do ambiente hospitalar com o paciente crítico ou potencialmente crítico. A integração das ações que decorrem nos egressos de unidades neonatais até a atenção domiciliar é desafiadora mesmo atualmente, haja visto, as diferentes dinâmicas de trabalho e fragilidades dos processos de cuidado com esse público (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2020b).

O atendimento do RNPT e RNBP em ambiente domiciliar pelo enfermeiro pode ser considerado uma abordagem complexa a julgar pelas dificuldades apresentadas no cotidiano de mães e famílias que retornam ao domicílio com o enfrentamento de novas situações de cuidado (SILVA et al., 2020b) , sendo necessário a construção do aprendizado tanto do enfermeiro quanto das mães que passam a enfrentar novas dificuldades perante a alta hospitalar (SANTOS et al., 2021).

Não obstante, a vulnerabilidade exposta por esta situação, seja para a criança, seja para a mulher, mãe, é fator de extrema preocupação. Para esta, por desencadear sentimento de culpa, exaustão e medo quanto ao cuidado com o filho, sem o suporte do profissional que, até então, durante a internação, lhe oferecia apoio. Para aquela, a fragilidade da própria circunstância causada pela prematuridade e pelo baixo peso em seu crescimento e desenvolvimento, requerendo atenção domiciliar minuciosa e ações processuais que fortaleçam o vínculo mãe-filho, promovendo o encontro verdadeiro e aberto com a oportunidade de dialogar sobre os medos e dificuldades enfrentadas na maternidade (MELLO et al., 2014; SILVA et al., 2020b).

O cenário de VD proporciona a ressignificação dos papéis que são exercidos pelos pais e, em especial, a mãe. Possibilitar essa aproximação favorece o reconhecimento familiar das ações essenciais que direcionam o cuidado do enfermeiro de forma específica ao prematuro e ao recém-nascido de baixo peso (LUCENA et al., 2018; SILVA et al., 2020a).

## 2.4 Cuidado parental e Autoeficácia Materna

Apenas da década de 80 foi reconhecido o papel importante dos pais e da família no cuidado neonatal. No final de 1987 deu início ao movimento do cuidado centrado na família voltado para crianças com necessidades especiais. O envolvimento das mães com seus bebês foi identificado através de pesquisas que demonstraram a relevância do envolvimento precoce das mães com os RN. Tal fato foi um marco para a evolução e desenvolvimento do cuidado neonatal através de modelos de cuidados que passaram a reconhecer as necessidades dos pais e seu papel no cuidado (SOBEP, 2021).

As questões e necessidades das mães e da criança compõem então discussão na fase de adaptação ao ambiente domiciliar, local este onde a família inicia seu movimento de adaptação e maior autonomia para o cuidado. As discussões assinalam que a assistência ao recém-nascido e mães tem sido executada de modo fragmentado pela equipe e pelos serviços de saúde e, cada vez mais, o lugar da autonomia da família no processo de cuidar, o reconhecimento crítico de seu conhecimento e as perspectivas que abarcam a melhoria da qualidade de vida das crianças são destacadas enquanto essenciais, mas um desafio (BRAGA; SENA, 2010; FRACOLLI; RETICENA; CHIESA, 2018; LANSKY et al., 2014).

O termo maternidade e paternidade tem um significado maior do que apenas a capacidade biológica de gerar um ser humano, associa-se ao sentido de responsabilização pelo desenvolvimento físico, psíquico e emocional da criança, com vistas à promoção da educação moral, da saúde e da alimentação. Tais conceitos portam elementos construídos culturalmente e que sofreram influências constitucionais ao longo dos anos (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010; CUNHA; EROLES; RESENDE, 2020)

Com a evolução da compreensão dos papéis de pai e mãe das últimas décadas, surgiu uma nova forma de acolhimento, a compreensão do tornar-se mãe/pai, mais especificamente, da parentalidade (FRACOLLI; RETICENA; CHIESA, 2018). É primordial que se tome a mesma enquanto um processo inserido em um contexto sociocultural e que movimenta sentimentos, competências e habilidades para o desempenho de ações de paternidade e maternidade de cuidado aos filhos (VELUDO; DE CAMARGO VIANA, 2012).

Existe um longo percurso que se inicia antes mesmo do nascimento da criança, produzindo mudanças significativas no modo de ver o mundo pela lente dos pais. A reflexão acerca desses elementos fundamentais faz parte da construção da parentalidade (FRACOLLI; RETICENA;

CHIESA, 2018). A parentalidade é um termo relativamente novo que começou a ser abordado na década de 60 marcando o processo de início das dimensões inerentes às funções de pais e filhos. Tal processo é determinado pela forma como cada ser humano iniciou suas relações de infância e as transferiu para o exercício da parentalidade. Dessa forma, os vínculos afetivos se dão por influência de diferentes tipos de interações socioculturais, estas podem ser positivas ou negativas, haja visto que o momento de nascimento de uma criança traz consigo uma gama de sentimentos, expectativas e alterações nas dinâmicas e equilíbrios até então estabelecidos pelo casal (ZORNIG, 2010).

“A partir do século XVIII, com o discurso iluminista e com a importância do romantismo, o amor entre casais e entre pais e filhos é priorizado e as alianças conjugais passam a ser estabelecidas com base no afeto e não mais como arranjos externos, que não levavam em consideração as escolhas individuais. O amor entre pais e filhos é fortemente marcado pela noção de educação e a formação das crianças torna-se um fator importante para o desenvolvimento de um país e garantia de uma sociedade saudável” (ZORNIG, 2010)

A chegada de um novo bebê movimentava aspectos subjetivos como ideias, medos, inseguranças, e relacionais de cada um dos pais, como os modelos pré-estabelecidos de maternidade e paternidade. Assim, a história da criança tem início a partir dos seus pais e suas experiências individuais de mundo, tais representações influenciam a forma como estes interagem, sendo um grande fator de predição sobre o apego evidenciado (ZORNIG, 2010)

O cuidado parental, por conseguinte, retoma ao desenvolvimento biológico das espécies por aumentar a capacidade de sobrevivência do filhote. Na condição humana, está relacionado ao suporte dos pais (ou responsáveis legais) ao recém-nascido que é totalmente dependente de cuidado para a sua sobrevivência. Dessa forma, existe um reconhecimento sobre a necessidade prolongada de cuidado, haja visto, a imaturidade neurossensorial do RN ((BENCZIK, 2011).

Nessa conjectura, a mãe dispense maior gasto energético e emocional que se iniciam desde o período gestacional, o que lhe assegurará o delineamento de estratégias de cuidado diferenciadas e que são consolidadas, gradualmente, com o desenvolvimento do filho (BENCZIK, 2011). Dessa forma, o nascimento de um filho é uma experiência reconhecida como positiva e natural que, por sua vez, culmina na transição no autoconceito individual até então estabelecido para o surgimento de novos sentimentos e relações sociais (POMBO, 2019).

A mudança no ciclo vital acontece, majoritariamente, no período puerperal, esse momento prediz que a mãe tem iniciado os ajustes de papel, reorganização de prioridades e definição de sua nova identidade parental (RETICENA et al., 2019). Esse período adaptativo tem características

próprias e em muitas situações implicam em uma vivência negativa, como o nascimento prematuro que gera incertezas e expectativas irreais (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

Tais mudanças têm sido relacionadas à percepção das mães para a competência do cuidado, componentes estes da autoeficácia, crença que um indivíduo tem a respeito de sua capacidade em alcançar resultados (APARECIDA et al., 2019). O desempenho de papéis diz respeito ao modo como os indivíduos manifestam seu autoconceito, ou seja, “saber quem é” e como agir e se relacionar em sociedade, avaliação esta feita sobre si e que implica em uma percepção única de sentimentos e processos cognitivos que envolvem ações, emoções, aparência e habilidades (RETICENA et al., 2019; ZORNIG, 2010).

O constructo “Autoeficácia” foi desenvolvido por Albert Bandura após estudos sobre o comportamento humano e associou-se, rapidamente, à crença estabelecida pelos pais para sua competência no cuidado com o filho, predizendo, inicialmente, uma parentalidade positiva. O conceito remete ao desenvolvimento pessoal de sucesso e fracasso, influenciado pela forma como o ser humano foi criado e pelas experiências por este estabelecidas (TRISTÃO et al., 2015).

“A autoeficácia é tida como a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade. Dessa forma, sua crença pode afetar suas escolhas e o desempenho profissional” (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

Alguns fatores podem influenciar a percepção de si e a autoeficácia das mães como doenças mentais, estado de espírito, apoio familiar e aconselhamento recebido dentro e fora do círculo familiar, histórico de depressão pós-parto e ou dificuldades enfrentadas com a chegada do recém-nascido, em especial um recém-nascido prematuro e de baixo peso (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Os determinantes individuais e sociais de saúde têm influência na saúde do RN desde o período do nascimento, principalmente, quando estes retornam ao lar, momento em que são desenvolvidas pelas mães as atividades domésticas/familiares exigindo maior adaptação na rotina do contexto familiar (SOBEP, 2021).

De forma geral, majoritariamente, as mães são as figuras centrais desse universo, vivenciam uma experiência dicotômica com a chegada do filho, sendo seu cuidado pautado, em essência, no ambiente domiciliar, onde encontram-se suas crenças, tabus e culturas e onde são traçadas as suas atitudes e condutas maternas (BENCZIK, 2011; VAN DER SAND et al., 2022).

Muitos aspectos influenciam positiva ou negativamente em seu julgamento de capacidade para o cuidado do RN como as experiências pessoais advindas no nascimento precoce do filho e a necessidade de novas construções relacionais em ambiente hospitalar, como as experiências de outras

mães que favorecem o diálogo e confiança mútua e as ações intermediárias do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, por aproximar-se desse contexto com a finalidade de conduzir intervenções que aumentem o potencial e a habilidade das mães em resposta aos seus anseios e necessidades (RODRIGUES et al., 2014).

Assim, considerando que o enfermeiro é reconhecido como um profissional capacitado e bem aceito pelas famílias para propagar ações promotoras de parentalidade e desenvolvimento infantil, entende-se que sua atuação, em nível domiciliar, passa por nove dimensões de atuação profissional no cuidado à primeira infância. 1. Pelo seu papel de promoção à construção parental; 2. Papel de apoio e orientações à implementação de cuidados de saúde físicos da criança; 3. Papel orientador para a promoção de um ambiente seguro; 4. Papel de aplicação de teorias e metodologias aos programas materno-infantis; 5. Papel de mediador em relações terapêuticas; 6. Papel gerencial na atenção materno-infantil; 7. Papel de referência na rede de apoio; 8. Papel de suporte para o desenvolvimento das figuras parentais; 9. Papel científico para a orientação da prática (RETICENA et al., 2019).

A atuação do enfermeiro vai ao encontro das diversas metas e iniciativas da área materno-infantil. O cuidado parental perpassa a construção de papéis e atribuições que são passadas dos pais para as crianças, tendo uma especial atenção durante os primeiros anos de vida, quando o cérebro humano possui maior potencial de absorção e aprendizagem (RETICENA et al., 2019).

Nessa perspectiva, os pais têm a oportunidade de intensificar o desenvolvimento dos seus filhos, não obstante, nessa trajetória de construção, alguns casos, carecem de apoio e direcionamento para a efetivação deste papel (RETICENA et al., 2019). No caso de crianças que apresentaram maior tempo de internação como os RNPT e RNBP o papel parental pode sofrer restrições e/ou perdas, configurando importante fator associado de maior vulnerabilidade neonatal e parental com capacidade de afetar a confiança dos pais no cuidado com o filho com repercussões emocionais, psicológicas e físicas (SOBEP, 2021).

Assim, articulado com outras profissões e setores sociais, o enfermeiro é um dos profissionais que pode colaborar para a construção e desempenho das funções parentais. Suas contribuições podem ser facilitadas na configuração de visitas domiciliares a fim de possibilitarem, além dos alcances já mencionados, redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis (RETICENA et al., 2019).

Diante disso e entendendo a necessidade de inovações nas práticas de cuidado junto às mães de crianças nascidas de baixo peso e prematuras com vistas à autoeficácia materna e saúde da criança, este estudo intenciona contribuições relacionadas ao empoderamento da mãe para o cuidado da criança

nascida pré-termo e de baixo peso, prospectando desdobramentos ao desenvolvimento dela. Entende-se que a atuação do profissional pode garantir, de forma precoce, uma rede articulada de saúde, voltada para o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como para o aumento da segurança dos pais nos cuidados com o RN (FERREIRA et al., 2019).

Assim, questiona-se: O suporte domiciliar do enfermeiro ao binômio mãe e recém-nascido prematuro e de baixo peso pode influenciar em melhores respostas de cuidado materno diante os períodos iniciais de transição ao domicílio? O uso da posição canguru em ambiente domiciliar atua sobre estes aspectos?

Essa discussão torna-se necessária pelo entendimento de que muitos estudos têm se apoiado nos benefícios da posição canguru sob aspectos fisiológicos, sendo assim, este trabalho se propõe a fazer um olhar sobre o suporte do enfermeiro em tempos de pós-alta hospitalar evidenciando os aspectos relacionados à posição canguru e parentalidade e que vão além dos fatores fisiológicos já tratados. A intenção é de recomendar a VD com suporte ao amplo uso da posição canguru enquanto intervenção que contribui com a parentalidade e cuidado da criança nascida pré-termo e de baixo peso.



## OBJETIVOS

---

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- ✓ Investigar o suporte à mulher mãe no cuidado em domicílio do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso a partir de visita domiciliar do enfermeiro e recomendação de uso da posição canguru.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Descrever as necessidades de mães de recém-nascidos prematuros e/ou de recém-nascidos de baixo peso quanto à adoção da posição canguru e cuidados com a criança após a alta hospitalar.
- ✓ Propor um documento orientador para a visita domiciliar do enfermeiro às mães de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso após alta hospitalar.
- ✓ Analisar a autoeficácia materna no cuidado com o filho prematuro e/ou de baixo peso.
- ✓ Comparar a autoeficácia materna no cuidado como filho prematuro e/ou de baixo peso na alta hospitalar e ao término das visitas domiciliares.
- ✓ Elucidar a percepção de mães de crianças nascidas prematuras e/ou de baixo peso em receber visita domiciliar de enfermeiro com direcionamento ao uso da posição canguru.



## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza mista integrativa, quanti-qualitativo, com abordagem transformadora concomitante. O modelo transformador concomitante possui características do método de triangulação e aninhado, sendo assim, os dados são coletados ao mesmo tempo, podendo ser priorizada uma fase em detrimento da outra. Esse estudo está utilizando a notação quan → QUAL, onde as letras maiúsculas demonstram a etapa que aqui será priorizada em uma estrutura transformadora (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018).

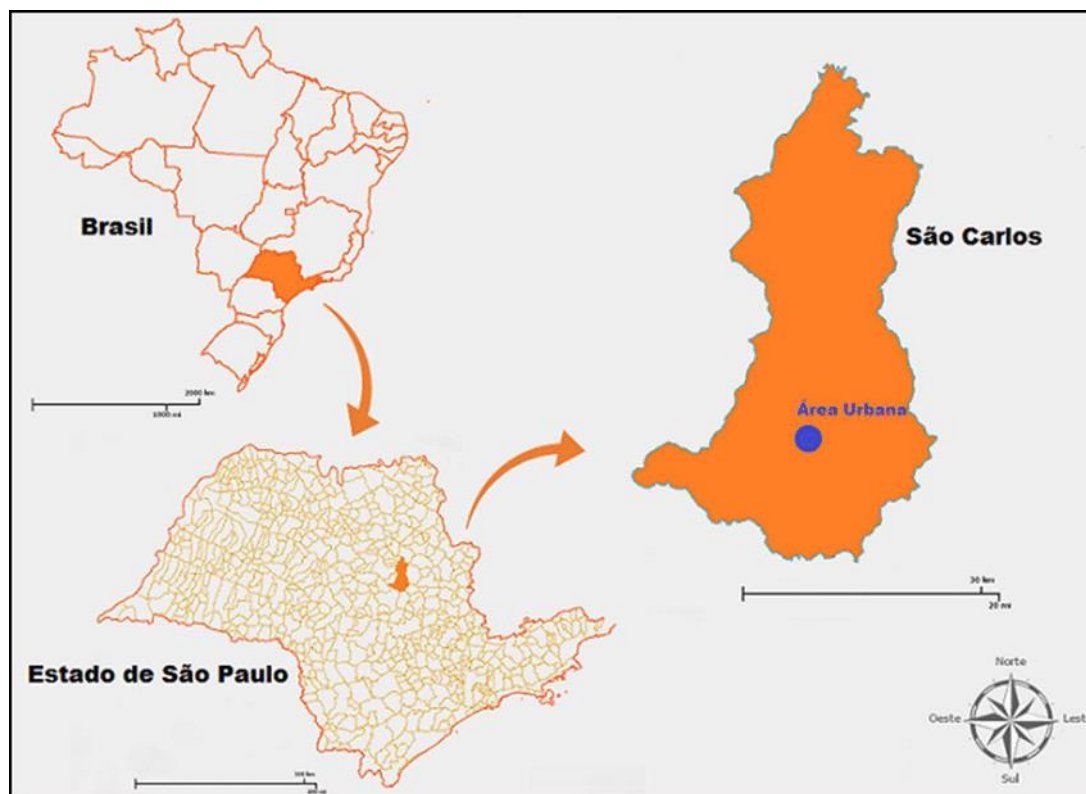
Tal opção é dada pelas características do objeto de estudo, onde a abordagem quantitativa tem a finalidade de esclarecer e proporcionar conhecimento ao pesquisador sobre o assunto abordado, utilizando-se de instrumentos, investigando e avaliando os fatos. Na abordagem qualitativa a pesquisa fundamenta-se no aprofundamento da compreensão dos significados relacionando-se com as interações dos sujeitos, processos e fenômenos, levando à produção de conhecimentos para a aplicação prática (MINAYO, 2014).

Esse tipo de pesquisa visa proporcionar a validação de um método para o outro, criando sólida base de conhecimento ao estudo proposto e realizando o levantamento das informações que poderão ser conhecidas e compreendidas através da abordagem do fenômeno, com o intuito de planejar, desenvolver e testar intervenções e associá-las às características do fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2019).

### **4.2 Local**

Esta pesquisa foi desenvolvida em São Carlos, cidade do Centro-Leste do interior paulista cuja população foi estimada, em 2021, em 256.915 habitantes, dentro de uma área de 1.136,907 km<sup>2</sup> (IBGE, 2021). Os dados epidemiológicos municipais trazem um total de 3.503 nascimentos no ano de 2020, sendo 362 abaixo de 2.500 gramas, ou seja, cerca de 10% dos nascimentos registrados são de RN de baixo peso. O mesmo acontece em relação aos nascimentos pré-termo; no mesmo ano foram

registrados 359 nascimentos antes de completadas as 37 semanas de gestação, totalizando quase 10 % de todos os nascimentos no mesmo período (DATASUS, 2020).



**Figura 1 – Mapa de São Carlos. Fonte: Tércio Minto Fabrício, 2016.**

O Sistema Público de Saúde do município de São Carlos à época do estudo, se organizava em dois Hospitais Públicos, sendo um Filantrópico e outro de Ensino, um hospital particular, três Centros de Atenção Psicossociais, sendo um infanto-juvenil (CAPS), um Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas (CEME), uma Unidade de Controle de Arbovirose e outra de Zoonoses, um Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização, vinte e uma Unidades de Saúde da Família (USF Antenor Garcia, USF Presidente Collor, USF Cidade Aracy I, USF Cidade Aracy II, USF Jardim Munique, USF Jardim São Carlos, USF Romeu Tortorelli, USF Água Vermelha, USF Santa Eudóxia, USF Jardim Gonzaga, USF Jockey Club, USF Jardim Guanabara, USF Santa Angelina, USF Cruzeiro do Sul – Equipe 1 Vila Conceição, USF Cruzeiro do Sul – Equipe 2 Madre Cabrini, USF Itamaraty, USF São Carlos VIII, USF São Rafael, USF Astolpho Luis do Prado, USF José Fernando Petrilli, USF Arnon de Mello), doze unidades básicas de saúde (UBS Azulville, UBS Cidade Aracy, UBS Botafogo, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Faggá, UBS Parque Delta, UBS Redenção, UBS Santa Felícia, UBS Santa Paula, UBS São José, UBS Vila Isabel, UBS Vila Nery), três unidade de pronto atendimento (UPA da

Vila Prado, UPA do Cidade Aracy, UPA da Santa Felícia), uma Unidade de Vigilância Epidemiológica e uma Unidade de Vigilância Sanitária (SÃO CARLOS, 2020).

Este município está entre as vinte e quatro cidades pertencentes à Regional de Saúde III (Região Coração) e é referência em saúde para atendimento especializado à microrregião que compreende Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito (IBGE, 2017).

Neste município, existem duas Instituições Hospitalares que realizam partos, uma vinculada à atenção suplementar e outra de caráter filantrópico. Para este estudo optou-se por convidar as possíveis participantes ao estudo apenas na Instituição Filantrópica, haja visto, a necessidade em manter conformidade com um dos critérios de inclusão que é a mãe estar sendo acompanhada pelo SUS, conforme apresentado adiante (DATASUS, 2017).

Este Hospital Filantrópico é de grande porte com atividades de ensino composto por 322 leitos e referência em acompanhamento e tratamento de gestação de risco para a microrregião acima citada. Na área pediátrica possui 13 leitos de Unidades de Tratamento Intensivo Infantil, sendo seis da neonatal e 7 da infantil e 20 leitos de Internação pediátrica. A maternidade possui 56 leitos, tratamento clínico, pré-parto, alojamento conjunto, centro obstétrico, unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN) e banco de leite humano. Na UCIN o número de leitos disponibilizados é de 10, com taxa média de ocupação de 80%, segundo representante da instituição. Realiza atendimentos de alta complexidade de pacientes do município e como referência para Porto Ferreira, Descalvado, Ibaté, Ribeirão Bonito e Dourado, com uma média de 250 partos ao mês (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS, 2017).

### **4.3 Panorama geral dos municípios pertencentes à microrregião**

#### **✓ Porto Ferreira:**

Está localizada no interior do Estado de São Paulo, sua população estimada é de 56.504 pessoas, com taxa de mortalidade infantil em 5,36 óbitos por mil nascidos vivos. A área da saúde é composta por seis USF, três UBS, uma Unidade da Criança, um Centro de Especialidades Médicas e de Imagem, uma Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, um Centro de Vetores e Zoonoses, um Centro Odontológico, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e um Hospital Filantrópico (CNES, 2020; IBGE, 2019a).

✓ **Descalvado:**

Assim como os demais municípios, localiza-se no interior do Estado de São Paulo, conta com uma população de 33.910 pessoas, com taxa de mortalidade infantil em 8,36 óbitos por mil nascidos vivos. A rede de saúde é dividida em um hospital filantrópico, uma Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, um CAPS, um Centro Municipal de Especialidades, Centro Odontológico Municipal, um Núcleo de Atendimento Integral à Criança e Adolescente, seis USF e um Pronto Atendimento (CNES, 2020; IBGE, 2019b).

✓ **Ibaté:**

Tem população estimada em 35.472 pessoas, com mortalidade infantil em 3,98 óbitos para mil nascidos vivos. Conta com um Ambulatório Municipal, um Centro de Referência da Mulher, um Centro de Saúde Municipal, uma Vigilância Epidemiológica e Sanitária, um Hospital Filantrópico, seis Programa Saúde da Família, duas Unidades Básicas de Saúde (CNES, 2020; IBGE, 2019c).

✓ **Ribeirão Bonito:**

É município localizado no interior do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 12.135 pessoas e taxa de mortalidade infantil em 14,18 óbitos por mil nascidos vivos. A rede de saúde é composta por um Hospital Filantrópico, um Pronto Atendimento Misto, cinco Unidades Saúde da Família, uma Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e um Centro de Especialidades Médicas (CNES, 2020; IBGE, 2020a).

✓ **Dourado:**

É um município do interior do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 8.878 pessoas e taxa de mortalidade infantil em 31,25 óbitos por mil nascidos vivos. Sua rede de saúde é composta por um Hospital Filantrópico, uma Clínica Médica, um Centro de Saúde Municipal, três Unidades Básicas de Saúde e um Pronto Socorro Municipal (CNES, 2020; IBGE, 2020b).



**Figura 2 – Mapa da distribuição das Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. Fonte: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo**

#### 4.4 Participantes

As participantes são mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Residir na cidade de São Carlos ou em uma das cidades pertencentes à microrregião: Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito; estar sendo acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde; estar no período de parto mediato; não estar vivenciando intercorrências clínicas; ser sua(eu) filha(o) recém-nascido prematuro limítrofe ou moderado (idade gestacional ao nascimento entre 31 e 34 semanas, ou, 35 e 37 semanas, respectivamente) e de baixo peso (peso ao nascimento menor que 2500 gramas), com alta programada para ocorrer em conjunto com ela ou próxima à primeira abordagem para integração ao projeto. A opção por abordar essa população foi alicerçada pelo reconhecimento da fragilidade na resolução de demandas voltadas a estes à medida em que recebem alta do ambiente hospitalar e passam a peregrinar pelos serviços de saúde de forma desarticulada, aumentando assim, sua vulnerabilidade clínica e social (JANTSCH et al., 2021).



Os critérios de exclusão: declaração de uso abusivo de substâncias psicoativas; estar em situação de rua ou abrigo; ser sua criança gemelar e/ou ser portador de má formação congênita diagnosticada na Maternidade e/ou ter sua criança contraindicação médica de uso de posição canguru.

#### **4.5 Considerações éticas**

Em relação aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, esclarece-se que o projeto de pesquisa foi apresentado à Comissão de Educação e Gerenciamento da Maternidade mencionada acima e, com a anuência dessa, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), cumprindo os preceitos das Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b, 2016b). Após análise dos Comitês de Ética supracitados, recebemos o parecer favorável, registrado sob nº 4.108.812, CAAE: 31848820.4.0000.5504 e nº 4.138.360, CAAE: 31848820.4.3001.8148.

Todos os aspectos éticos da resolução acima destacada estão sendo seguidos e respeitados, especialmente o que versa sobre a participação voluntária e oficializada na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) ou o Termo de Assentimento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado para o responsável legal para mãe adolescente (APÊNDICE B e C).

Ressalta-se que, antes da realização do convite à mulher, a pesquisadora buscou a médica/enfermeira do plantão checando os critérios relativos à criança e existência de restrição/contraindicação médica de uso de posição canguru. A equipe pesquisadora se dirigiu à Maternidade duas vezes na semana, buscando, junto à enfermeira responsável pelo plantão, nascimentos que contemplassem os critérios do estudo. Na existência, foi feito contato com a pediatra ou enfermeira com vistas a identificar as condições de exclusão. Mantendo-se a viabilidade de inclusão da mulher no estudo, foi solicitado para algum membro da equipe de enfermagem intermediar o contato com a puérpera para a qual foi apresentado o estudo e certificado seu desejo de participação. Na negativa, o contato foi encerrado. Frente ao aceite, apresentamos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) ou o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) em caso de mãe adolescente, menor de 18 anos, mais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado ao seu responsável legal (APÊNDICE C), lendo-o de forma conjunta com ela e/ou seu responsável, com abertura para esclarecimento de dúvidas. Este documento foi assinado em duas vias, uma para a mãe

da criança e/ou responsável pela mesma e outra para a pesquisadora, permanecendo uma via com cada qual. Após os procedimentos com o TCLE, foi obtido informações de caracterização da família, a partir do instrumento construído pela própria autora (sociodemográfico – APÊNDICE D).

No momento inicial da intervenção, a pesquisadora e/ou equipe que compõe o projeto iniciou a conversa explicando o TCLE, informando sobre benefícios, riscos e resultados a serem obtidos com a pesquisa. O passo seguinte foi a confirmação do consentimento para o estudo, quando o TCLE foi assinado, ficando uma via com os participantes ou seus responsáveis e outra com a pesquisadora.

Diante deste primeiro passo e a partir do aceite, manteve-se contato com elas iniciando o estudo, após a alta hospitalar, conforme disponibilidade materna. Ressalta-se que, a interação pesquisadora e participante (s) é de abertura e diálogo, de forma a garantir a ele (s) a liberdade para desistirem da participação a qualquer momento, fato este que está sendo sempre expresso e colocado enquanto opção.

A aproximação com a participante encerrou-se frente à sua negativa em qualquer uma das etapas acima descritas, bem como se esta ou seu responsável legal sinalizou tal desejo, inclusive após a assinatura do TCLE. Ocorrendo a última situação, os dados do sujeito foram apagados do banco de dados.

Como benefício da pesquisa apontou-se as vantagens trazidas pelo Ministério da Saúde (2016) no uso da Posição Canguru como 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. Quanto aos 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 (SAÚDE, 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.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

---

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

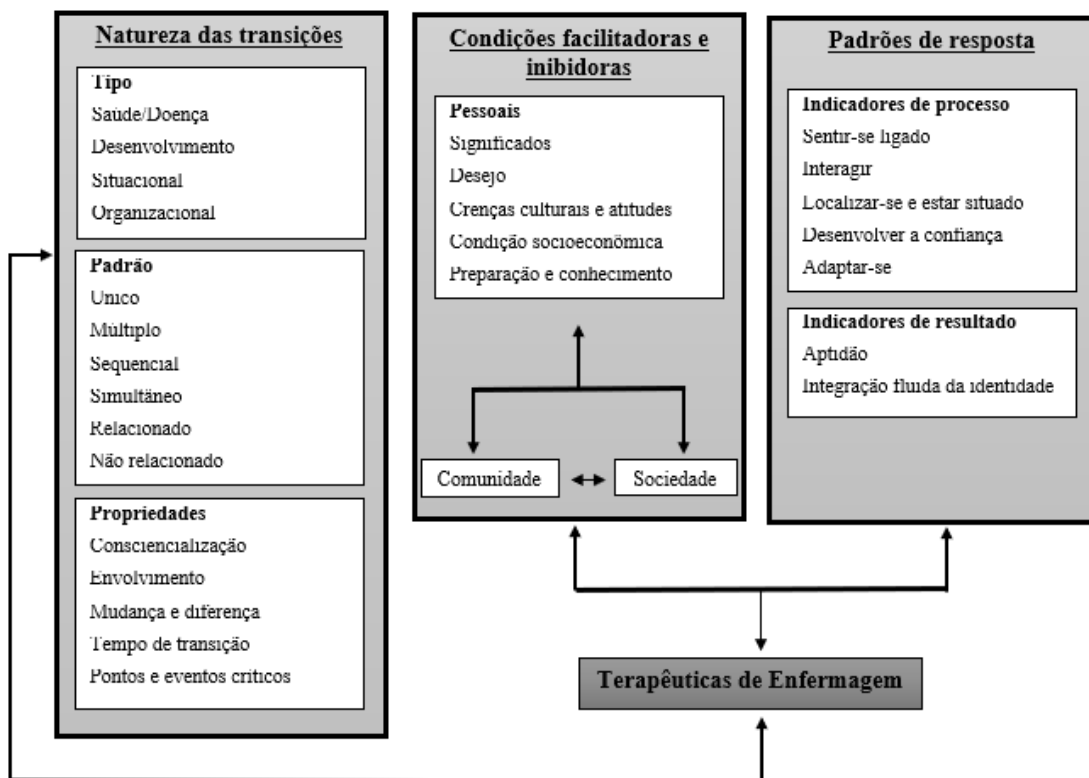
### **5.1 Teoria das Transições de Meleis**

O referencial teórico-metodológico adotado é a Teoria das Transições de Afaf I. Meleis. A palavra transição deriva do latim e significa mudança do ser humano em sua forma de ser ou estar, passagem de um estado para o outro (MELEIS, 2010).

A Teoria das Transições teve início em meados da década de 60 com a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis. Sua pesquisa inicial envolvia os processos transicionais envolvidos no domínio parental de tornar-se mãe ou pai, posteriormente, investigou a forma como acontecem as transições em curso das doenças e hospitalizações (MELEIS, 2010).

Meleis compreende que a transição consiste em passar de um estado a outro com a necessidade de absorção de novos conhecimentos, mudanças de comportamentos e da maneira como se vê e porta para o mundo (MELEIS, 2010).

A teoria de médio alcance das Transições contempla diversas situações do curso da vida, conforme a figura abaixo:



**Figura 3 - Resumo da Teoria das Transições de Meleis. Fonte: Adaptado de Meleis, 2010**

A teoria das transições é composta por elementos que estão vinculados à natureza das transições, como padrões e propriedades; fatores condicionantes que agem como facilitares ou inibidores do processo, como condições pessoais, da comunidade; respostas que são dadas a tais momentos de transição e que dão força e potência ao resultado das mudanças; terapêutica de enfermagem (MELEIS, 2010).

As transições podem ser classificadas de diferentes tipos: desenvolvimental (projetadas pelo momento vivido a partir do ciclo vital); situacional (condicionadas a acontecimentos da vida como mudanças de papéis); processo saúde e doença; organizacional (apoiam-se no ambiente e situações socioeconômicas) (MELEIS, 2010)

Dessa forma, todos os momentos de transição promovem a mudança, nesse sentido, é essencial reconhecer e compreender os efeitos e significados que o indivíduo identifica e que cursam com mudanças nos estados de ser e estar, assim, as intervenções de enfermagem são ações direcionadas e contínuas que proporcionam abertura ao conhecimento dos momentos vivenciados, favorecendo respostas positivas do indivíduo e coletividade (MELEIS, 2010).

Existem várias razões pelas quais utilizar a Teoria das Transições nos trabalhos voltados à área de enfermagem; em grande parte do seu tempo, o enfermeiro vivencia experiências de mudanças que afetam as vidas das pessoas que, na maior parte das vezes, pode ser mais demorado do que se pensa, sendo necessário competências de cuidados úteis para contemplá-las pois podem afetar o bem-estar das pessoas, colocando em risco de maior vulnerabilidade e ajustes aos novos ambientes (MELEIS, 2010).

Transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou ambientes. A definição do termo, conforme colocado no início do texto, percorre diferentes caminhos, sendo comum, na literatura, ser utilizado como passagem de um estado prévio estável para outro, desencadeado por uma mudança (MELEIS, 2010).

A construção teórica de cuidados de enfermagem que utiliza conceitos do trabalho busca identificar propósitos nos problemas encontrados e que se findem no corpo de cuidado e conhecimento da enfermagem enquanto conseguem fornecer uma estrutura sistemática para identificar, diagnosticar e intervir (MELEIS, 2010).

No trabalho psicossocial do enfermeiro identifica-se um processo e habilidade próprias desse profissional que culminam em entender padrões de comportamentos que imperam sobre as ações humanas, isso vai de encontro com os numerosos momentos de mudanças, seja na saúde ou doença, no nascimento ou na morte. Dessa forma, enfermeiros estão inseridos em muitas oportunidades de acessarem as necessidades individuais criadas pelas transições de papéis (MELEIS, 2010).

Embora tais avaliações garantam intervenções duradouras, é essencial, durante as transições de papéis, que as contribuições de enfermagem considerem todas as culturas, necessidades mais prevalentes, dinâmicas familiares e movimentos sociais presentes (MELEIS, 2010).

As condições sociais afetam os padrões de comportamentos, assim, os papéis se definem por um conjunto de comportamentos ou comportamentos esperados que tem o objetivo principal de gerarem ações potenciais para interagir com as muitas situações e sentimentos vivenciados (MELEIS, 2010).

Os papéis, a partir dessa análise, são respostas aos estímulos fornecidos, um resultado complexo de interações entre o 'eu' e o que é determinado pela sociedade; cada pessoa descobre seu papel, os cria, modifica e define (MELEIS, 2010).

Os momentos de transições denotam uma mudança de papéis nos relacionamentos, experiências ou habilidades, requerendo que os indivíduos incorporem novos conhecimento,

modifiquem seu modo de agir e sua definição pessoal perante a sociedade e a si mesmo. É esperado então, que muitos momentos de transição sejam relacionados à saúde ou ciclos de vida e doença e necessitem de cuidados de profissionais de saúde (MELEIS, 2010)

Muitos desses momentos são experienciados no curso normal de crescimento e desenvolvimento como o nascimento, a infância, adolescência. Outros, em contrapartida, devem-se à passagem da vida adulta para a senilidade. Cada fase comporta um novo reconhecimento de si e a busca por uma nova identidade (MELEIS, 2010)

Na situação específica de nascimento, abordado por este trabalho, são adicionados e redefinidos os papéis que envolvem uma gama de interações. O tornar-se mãe, pai, avó, avô redefine a forma de agir de uma família. Tal experiência requer do (a) enfermeiro (a), uma conduta de suporte na construção desses novos padrões, incentivando e apoiando a qualidade dos relacionamentos interpessoais, pois, muitos papéis estabelecidos pela sociedade na inclusão de um novo membro, requerem ajustes nos sistemas familiares (MELEIS, 2010)

A insuficiência de papéis pode se instalar por uma dificuldade no desempenho de uma função específica, resultando em incompatibilidade entre os comportamentos esperados e os realmente efetivados. Nesse contexto, a enfermagem atua sobre o processo normal, insuficiente ou potencialmente insuficiente, identificando estratégias que auxiliem na identificação de papéis, criando ações preventivas ou terapêuticas que possam amenizar ou prevenir conflitos transicionais por meio de informações e suporte, antecipando comportamentos, sentimentos e sensações negativas (MELEIS, 2010).

É necessário conhecimento para aumentar a consciência dos papéis, dinâmicas familiares e relacionamentos. Essa operacionalização envolve a construção de ações adicionais de enfermagem para o maior compromisso na descoberta dos papéis, estratégias adaptáveis aos objetivos traçados e processos de enfermagem que clarifiquem e facilitem a comunicação entre todos os envolvidos (MELEIS, 2010).

A clarificação dos papéis está atrelada ao conhecimento das ações intencionalmente planejadas para cuidar dos indivíduos por meio da terapêutica de enfermagem que permite valorizar a consciência adquirida pela pessoa durante sua vida, utilizando-se de recursos próprios para lidar com os acontecimentos críticos que possam surgir durante o processo culminando em uma forma saudável e equilibrada de integrar as novas circunstâncias da vida à descoberta de uma nova identidade autônoma (MELEIS, 2010).



## 5.2 Base conceitual: O cuidado a partir de reflexão de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Utilizou-se enquanto acréscimo ao Referencial Teórico proposto por este trabalho a base conceitual teórica e reflexiva de *Cuidado* apresentada por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres dada a necessidade de articulação ao processo de transição parental referido por Meleis e aqui vivenciado na forma de construção colaborativa passiva de ser reconhecida no movimento de reconstrução de um espaço relacional que se dá através do diálogo à busca pela intersubjetividade e maior compreensão das práticas concretas de saúde.

Nesse sentido, cabe situar, historicamente, o elemento principal da contemporaneidade: a noção do sujeito (AYRES, 2009, 2010). Sujeito é um substantivo ligado a diversos significados, a depender do sentido que se almeja, é a concretização real de alguém que tem por concepção o agir, que compartilha sua existência não apenas em si, mas para si, não se limitando a um ser palpável e perceptível, mas com uma realidade singular capaz de contribuir consigo e com as experiências que conquista em sua vivência (AYRES, 2009).

Por esta influência, o sujeito aparece como a primeira concepção de identidade, que porta necessidades e valores singulares, capaz de interpretar cada situação de maneira singular a partir de suas concepções e projeções (AYRES, 2009).

Na área da saúde, o cerne das práticas está no comprometimento com este sujeito de necessidades e em sua “ação transformadora” que leva à responsabilização pelo que produz. O processo de construção de identidade toma como fundamental o pensar em intersubjetividade que indica o lugar do sujeito alicerçado na resistência que há como consequência do encontro com o outro em nós (AYRES, 2009)

E é nessa experiência de resistência que se encontra o ato de comunicar, de expressar. O diálogo projeta questionamentos sobre as reais atitudes propagadas entre profissionais de saúde que se ancora, majoritariamente, sobre a demonstração de habilidades e competências técnicas (AYRES, 2009).

“Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos” (AYRES, 2009).

Dada tal reflexão, não é incomum nas práticas de saúde a sensação de fracasso pelo profissional ao tentar comunicar-se ou fazer com que as pessoas aprovelem ao que lhes é comunicado, mantendo-se imobilizados pelo desconforto do desencontro e pela dúvida que infere sobre o pequeno diálogo na aspiração da intersubjetividade (AYRES, 2009).

“O sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apoia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso” (AYRES, 2009).

O sentido imposto pelas práticas de saúde norteia a correção fundamentada em conhecimentos técnicos e controles epidemiológicos. Dessa forma, é possível imaginar que esse compartilhamento efetiva uma diligência normativa que mantém o profissional no controle sobre os sujeitos ao utilizar-se, com exclusividade, da dimensão de êxito técnico (AYRES, 2009).

Refletindo sobre isso, Ayres (2010), nos convida a reinterpretar a inter-relação de saberes práticos e instrumentais como nas definições de “êxito técnico” e “sucesso prático” advindos de um movimento potencial para a criação e fortalecimento de vínculo. O êxito técnico configura-se como a dimensão instrumental da ação, a relação entre meios e fins, o “como” fazer, na perspectiva de cuidados integrais, um leque de opções se abre diante da efetividade das condutas em saúde, exploradas através do diálogo. Como sucesso prático estão as relações de valor atribuídas às ações de saúde. Nessa perspectiva, alcançar o êxito técnico e sucesso prático se tornam cruciais à construção de um cuidado humano integral (AYRES, 2009).

Como base introdutória, fica evidente a necessidade de enriquecimento sobre os princípios da intervenção em saúde que projeta como justificativa para a construção de pontes ao tratar e curar, o uso de diálogos. As práticas de saúde supõem, tradicionalmente, uma relação individualizada e imóvel do agente para com o sujeito-alvo, sendo especialmente urgente refletir sobre a riqueza das ações técnicas alicerçadas em movimentos éticos e afetivos. Ao se constituírem perante um ao outro, o profissional de saúde e o sujeito-alvo objetivam, naturalmente, um destino, um lugar para estabelecer e justificar tal encontro (AYRES, 2009).

Assim, “cuidar” transita pelos elementos estabelecidos através das habilidades técnicas e competências profissionais, mas não se restringe a elas.

“Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanente trata de ser, um ente “que se quer” (AYRES, 2009)

Ao transferir seu conceito para a saúde, cuidar se torna maior que intervir sobre o objeto.

“Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2009).

A grande questão sobre tais reflexões é como transpô-las para a prática cotidiana, dessa forma, o termo cuidado em saúde atribui-se um sentido já identificado no senso comum e orientado por procedimentos técnicos através dos profissionais de saúde com a finalidade de cura (AYRES, 2009)

Filosoficamente, Ayres constrói o conceito de cuidado alicerçado em três planos. O primeiro, explora, através de Martin Heidegger (1889-1976) riquíssimas aproximações com o conjunto de recursos e medidas terapêuticas que se vale o cuidado (AYRES, 2009):

- ✓ Movimento: trata-se da ideia de construção de identidade a partir dos movimentos perseguidos no viver e expor-se ao mundo;
- ✓ Interação: a interação transforma e aumenta a complexidade do ser;
- ✓ Identidade e alteridade: as diferentes identidades se estabelecem por meio das interações com o outro, a assimetria define a construção do ser na busca pela identidade;
- ✓ Plasticidade: com os movimentos criados pelas interações e construção da identidade e com base das alteridades, a transformação se estabelece;
- ✓ Projeto: todos os elementos citados se efetivam no cuidado a partir da capacidade de se antever na construção do ser humano;
- ✓ Desejo: para a tessitura do cuidado não há padrão pré-determinado; cuidado prediz encontrar e criar como consequência do desejo e aspiração ao convite existencial da presença;
- ✓ Temporalidade: o sentido de cuidado se faz no devir da existência, enquanto seguir sendo condição de possibilidade;

- ✓ Não-causalidade: “não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos”(AYRES, 2009). A compreensão do cuidado só ganha sentido na totalidade, na inteireza de cada uma das partes;
- ✓ Responsabilidades: o cuidado projeta o responsabilizar-se enquanto e porquanto existir.

Um segundo processo conceitual exposto por Ayres, tem bases na investigação genealógica de Michel Foucault por seus estudos na experiência social histórica que emerge os saberes e práticas para a construção do “eu” e o seu lugar no outro através da complexidade propiciada pelas interações no âmbito público e privado (AYRES, 2009).

A ideia de cuidado adquire forma a partir do Século I a.C. ao II d.C. com Sócrates de Alcebiades. A expressão “ocupar de si” como princípio de cuidado ressignifica a ocupação consigo mesmo sob diferentes doutrinas tomando uma forma, uma maneira de comportar-se, impregnando atitudes no viver que se transformam em práticas, procedimentos e metodização refletida, criada, aperfeiçoada e ensina para a construção da teoria social que se faz entre as interrelações e o diálogo (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

O terceiro plano de aproximação ao cuidado está contido nas formas de interagir nas práticas de saúde na contemporaneidade. As mudanças recentes da medicina que têm como base a cientificidade e tecnologia têm efeitos benéficos e maléficos já sabidos. Os avanços tecnológicos trouxeram importantes respostas às intervenções terapêuticas aumentando, exponencialmente, a melhora dos prognósticos e a sobrevivência dos pacientes. Ao passo que a ampliação do científico se fez presente, os pacientes foram segmentados em partes, com seus órgãos e funções, sendo abstraídos os aspectos psicossociais (AYRES, 2009).

“Simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos” (AYRES, 2009).

Quando um profissional de saúde toma a escuta sobre os desejos de vida do paciente ou de um grupo assistido e reflete com base nos meios para alcançá-los, lançando mão do que está disponível, inclusive saberes técnicos, populares, convicções e valores pessoais e religiosos, de fato, a ação assistencial se efetivou em “cuidado” (AYRES, 2009)

“Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não deixaremos a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não será sujeito. É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde” (AYRES, 2009).

As ações expressas pelo cuidar nas práticas de saúde são, fundamentalmente, importantes no desenvolvimento de comportamentos e esferas verdadeiras de encontro intersubjetivo, utilizando-se da sabedoria científica para a saúde, apoiando-se na tecnologia, mas não se resumindo a elas. A intervenção técnica é muito mais que tratar de um objeto; o cuidar adquire sentido na intervenção quando passa a ter significado prático ao paciente por meio de diálogo harmonioso entre ambas as partes. Não obstante, certas assimetrias são favoráveis nesses encontros e não devem ser vistas como limitantes às ações que permeiam o cuidado (AYRES, 2009)

## **6 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

### **6.1 Estudo de caso**

Enquanto delineamento metodológico do estudo, optou-se pelo Estudo de Caso proposto por Yin que investiga, cientificamente e em profundidade, fenômenos vivenciados, visando a compreensão dos eventos diários e significativos para a pesquisa social (YIN, 2001).

É uma abordagem empírica e abrangente que permite se concentrar no todo dos acontecimentos e não somente em suas frações, podendo ser utilizado individualmente ou coletivamente, sendo considerado uma estratégia de pesquisa com fundamento de planejamento voltados à coleta e análise de dados (YIN, 2001).

O estudo de caso, diferente do que se havia entendido sobre a estratégia metodológica, é utilizado com três objetivos principais: exploração, descrição ou explanação, de forma que se articulem a partir das ocasiões limitadas, tornando-se áreas sobrepostas, assim, a melhor estratégia está

associada ao tipo de pesquisa proposta, no controle que o pesquisador tem sobre o evento estudado e ao seu enfoque contemporâneo ou histórico (YIN, 2001).

Conforme a pesquisa vai tomando forma, define-se sequencialmente a questão a ser utilizada: “quem”, “o que”, “onde”, “como” e “por que”, entendendo que o estudo de caso toma como questões de pesquisa “como” e “por que” por não exigirem controle sobre os eventos comportamentais, focalizando os acontecimentos contemporâneos (YIN, 2001).

Como técnica de pesquisa, o estudo de caso acrescenta duas fontes de evidências que, usualmente, não são utilizadas em pesquisas puramente históricas, como a observação direta e uma ação sequencial de entrevistas; assim, o que o diferencia de outros estudos é a sua variedade de elementos empregados enquanto evidências: documentos, artefatos, entrevistas e observações (YIN, 2001)

Ao utilizar este método, entende-se então que haverá muitas condições que interessam à pesquisa enquanto dados, mas, não necessariamente, como resultado. O uso de várias fontes de evidências é considerável para convergir os dados em um formato de triangulação<sup>3</sup> (POLIT; BECK, 2019; YIN, 2001).

Os estudos de casos são classificados em únicos e múltiplos, este com abordagem ampla e contemplando maior número de fenômenos, tornando as evidências potentes e benéficas ao estudo. Os estudos únicos são adequados quando o fenômeno a ser estudado é raro, não sendo possível obter outros casos para análise ampliada do evento. No que tange o estudo múltiplo, é importante considerar a lógica da replicação, a mesma lógica compreendida pelos experimentos múltiplos, onde os resultados previstos são semelhantes (replicação literal) ou resultados que se contrastam (replicação teórica). A busca por um dos dois resultados é o que define o número da amostra selecionada. (YIN, 2001).

A coleta de evidências de um estudo de caso deriva de, basicamente, seis fontes: documentos, arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Cada uma das fontes necessita de condução metodológica específica. A convergência de várias fontes de evidências direciona mais adequadamente as descobertas, bem como, a compilação final dos dados nas conclusões (YIN, 2001)

---

<sup>3</sup> Entende-se por triangulação de métodos o uso de múltiplas fontes de dados que tem como objetivo principal legitimar as conclusões alcançadas em pesquisa. A triangulação contribui para o alcance de dados mais completos e contextualizados dando a oportunidade consistentemente o fenômeno em estudo (POLIT; BECK, 2019). Constitui uma dinâmica que possibilita integrar a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, culminando assim, na compreensão das relações envolvidas e construindo uma visão diferenciada sobre o todo (MINAYO, 2014).

Um elemento fundamental da coleta de dados neste referencial metodológico é a criação de um banco de dados para a organização e documentação dos achados brutos e relatórios do pesquisador. O encadeamento das evidências propicia maior confiabilidade das informações e processo claro que reflete a realidade estudada (YIN, 2001).

Na análise dos dados, grande complexidade é conferida ao estudo de caso devido sua gama de eventos. Nessa ocasião, faz-se necessário assumir diversas técnicas de análise como informações seriadas, categorização dos dados e apresentação por meio de fluxogramas e tabelas, dispendo-as em ordem cronológica temporal (YIN, 2001).

Yin aponta duas abordagens gerais que auxiliam o pesquisador a definir e concluir a base analítica de sua pesquisa: proposições teóricas para organização das explicações com base nos objetivos da pesquisa e foco em dados relevantes, excluindo os dados aleatórios; descrição do caso criando uma estrutura descritiva para organização dos casos estudados (YIN, 2001).

Para o desenvolvimento de procedimentos de replicação deve-se tomar uma estrutura teórica rica que exponha sob quais condições o fenômeno encontra uma replicação literal e as condições em que não é comum que se identifique a replicação teórica assim, este trabalho propõe-se a adotar o estudo de casos múltiplos pela riqueza na ampliação e discussão da temática (YIN, 2001)





## 7 COLETA DE DADOS

### 7.1 Visita Domiciliar

A Visita Domiciliar foi tomada enquanto estratégia interventiva e de coleta de dados com as mães dos recém-nascidos prematuros e/ou de recém-nascidos de baixo peso que fizeram parte desse estudo e que visou maximizar a responsabilização, continuidade e instrumentalização para o cuidado domiciliar através da participação e empoderamento materno no processo de retorno ao lar, permeado pelo cuidado parental, educação em saúde, uso da posição canguru e identificação de elementos que potencializam a autoeficácia materna, pautados em evidências científicas relevantes.

A intervenção aconteceu por meio de visita domiciliar da pesquisadora principal e da mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) Bárbara Letícia de Souza Coelho Legnaro com suporte da Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) Gabriele Petrucelli e apoio das graduandas do mesmo programa, Maria Emília Pereira Lopes, Thamires Lameira Maraz, Isabela Corsarine que compuseram a equipe por apresentarem perfil de estudos condizentes com a temática principal e os que cerceiam este trabalho. As graduandas participaram das visitas domiciliares e das reuniões de equipe, sendo capacitadas para atuação em conjunto com as enfermeiras do estudo.

Nas visitas domiciliares, a conversa foi permeada acerca do uso da posição canguru, sentimentos advindos desse momento experienciado e componentes que se deslocam à maternidade. Prospectou-se que, o acompanhamento do binômio mãe e filho (a) acontecesse dentro do primeiro ano de vida com o intuito de identificar as necessidades relevantes nos principais momentos de transição à maternidade e conforme a identificação de maior capacidade percebida na realização do cuidado materno ou conforme a necessidade apresentada pela participante acompanhada. Dessa forma, assim como aponta a pesquisadora Meleis, a visita domiciliar não foi imposta, foi concebida enquanto intervenção terapêutica e encerrou-se no momento em que foi identificado pela mãe e profissional menor vulnerabilidade da mãe e filho e maior conquista de habilidades que favorecessem a consciência de novos comportamentos incorporados pela mudança vivida e que cursassem para que a estabilidade fosse novamente atingida (MELEIS, 2010).

## **7.2 Aplicação do Instrumento: *Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist* – versão brasileira**

A fase quantitativa visou avaliar a autoeficácia da mulher para cuidar de sua criança em domicílio. Para tanto, foi selecionado o Instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* – Versão Brasileira (ANEXO A e B) – Instrumento desenvolvido na Austrália (PENNELL et al., 2012) e validado no Brasil no ano de 2019 (APARECIDA et al., 2019) para uso em dois momentos: na alta hospitalar do recém-nascido e ao término da intervenção de suporte domiciliar de enfermeiro com o intuito de atender a um dos objetivos específicos desse estudo “Comparar e discutir a autoeficácia da mãe para cuidar do seu filho prematuro e/ou de baixo peso em domicílio, na alta hospitalar e ao término do suporte domiciliar”.

Apresentado por escala do tipo Likert composta por 36 itens com pontuação máxima possível para cada item de 7 pontos, o instrumento em questão avalia a confiança dos pais ao cuidarem de seus filhos recém-nascidos, com medidas de avaliação compostas pela confiança, crença, capacidades e autoeficácia dos pais em situações de cuidado em domicílio, considerando sua individualidade e potencialidade (APARECIDA et al., 2019)

## **8 ANÁLISE DE DADOS**

### **8.1 Análise dos dados qualitativos**

Os dados obtidos na fase qualitativa serão analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin (BARDIN, 2011). Este método aprecia a repetição de frequência de temas apresentados nas entrevistas/narração. Suas etapas são: pré-análise, quando leituras flutuantes promovem a emersão de hipóteses acerca do conteúdo e significados manifestos, revela indicadores que direcionarão o processo categorial, direcionando a decisão acerca da unidade de registro (palavras, frases, trechos) a serem analisadas; codificação, os indicadores serão analisados e classificados por dedução, podendo fazer-se uso de softwares, no caso deste estudo o Nvivo; categorização, etapa na qual os dados codificados são categorizados, isto é, são aplicados procedimentos de exploração para integrar os dados categorizados a partir de um processo indutivo orientado pelo conteúdo presente nos códigos (BARDIN, 2011).

## 8.2 Análise dos dados quantitativos

Os dados da fase quantitativa foram coletados a partir de formulário criado pela pesquisadora principal no Google Forms® com encaminhamento às participantes por recurso digital de mensagens através do WhatsApp® e analisados por profissional estatístico, com o intuito de garantir a confidencialidade das informações e anonimato das identidades. Nesta análise estatística foram utilizados os softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010 (JAIRO et al, 1996; MURRAY, SPIEGEL, 1993).

A análise dos dados estatísticos partiu da utilização do Teste de Wilcoxon. O Teste de Wilcoxon é um teste não paramétrico utilizado para verificarmos se o tratamento aplicado junto aos indivíduos surtiu efeito ou não. Esse teste não paramétrico é utilizado quando podemos determinar tanto a magnitude quanto a direção dos dados (como em nosso estudo) e queremos comparar as variáveis duas a duas (JAIRO et al, 1996; MURRAY, SPIEGEL, 1993). O teste de Wilcoxon é definido em base da seguinte hipótese:

$$\begin{cases} H_0 : \text{Os tratamentos não tem efeito (não há diferença entre os grupos).} \\ H_1 : \text{Os tratamentos têm efeito (há diferença entre os grupos).} \end{cases}$$

Para fazer o teste de Wilcoxon, deve-se proceder do seguinte modo:

- a) Para cada par, calcular  $d_i = x_i - y_i$  (diferença entre os dois tratamentos);
- b) Atribuir postos ( $P_i$ ) ao valor absoluto destas diferenças. No caso de empate, atribuir a média dos postos empatados. (Não se atribui posto a diferenças iguais a zero);
- c) Se  $d_i < 0$ , então o posto ( $P_i$ ) assumirá o valor negativo, isto é,  $-P_i$ ;
- d) Obter J = número de observações com postos negativos;
- e) Obter L = número de observações com postos positivos;
- f) Obter T = soma dos postos com sinal menos frequente;
- g) Obter N = número de diferenças ( $P_i$ ) diferentes de zero;
- h) Calcular:

Para calcular o teste utilizamos a seguinte fórmula:

$$Z_{cal} = \frac{T - \mu_T}{\sigma_T} \quad \text{Onde: } \mu_T = \frac{N(N+1)}{4} \quad \sigma_T = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{24}}$$

Da mesma maneira devemos concluir que:

- Se  $-Z_{\frac{\alpha}{2}} \leq Z_{cal} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}}$ , não se pode rejeitar  $H_0$ , isto é, a um determinado risco  $\alpha$ , dizemos que não existe diferença entre os grupos.
- Se  $Z_{cal} > Z_{\frac{\alpha}{2}}$  ou  $Z_{cal} < -Z_{\frac{\alpha}{2}}$ , rejeita-se  $H_0$ , concluindo-se, com risco  $\alpha$ , que há diferença entre os dois grupos.

### 8.2.1 Índice de Concordância de Kappa

O Índice de Concordância de Kappa, é uma estatística utilizada para medir o grau de concordância entre duas variáveis e/ou resultados. A estatística Kappa parte dos seguintes pressupostos (VIEIRA, 2004):

- Os casos a serem analisados são independentes.
- Os entrevistadores atuam de forma independente um do outro.
- As categorias analisadas são mutuamente exclusivas e exaustivas.

Assim, temos a seguinte configuração de uma tabela cruzada

		Avaliador 1		
		Qualidade		total
Avaliador 2	Qualidade	boa	ruim	
		boa	a	b
	ruim	c	d	c + d
	total	a + c	b + d	a + b + c + d

**Figura 4: Comparação do resultado do questionário por dois observadores para quantificação da concordância entre observadores (Teste de Kappa).**

Interpretação das células:

a = concordância positivo/positivo entre observadores.

b = concordância negativo/positivo entre observadores.

c = concordância positivo/negativo entre observadores.

d = concordância negativo/negativo entre observadores.

Fórmulas:

$a + d =$  concordância observada (Ao).

$a + b + c + d =$  máxima concordância possível (N).

$(a + d) / (a + b + c + d) =$  percentagem global de concordância.

$[(a + b) (a + c)] / (a + b + c + d) =$  concordância positiva esperada ao acaso (célula a).

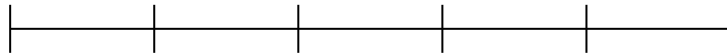
$[(c + d) (b + d)] / (a + b + c + d) =$  concordância negativa esperada ao acaso (célula d).

Concordância positiva esperada ao acaso + concordância negativa esperada ao acaso = concordância total esperada ao acaso (Ac).

$$\text{Kappa} = \frac{A_o - A_c}{N - A_c}$$

Figura 5: Fórmula para cálculo da concordância (Teste de Kappa).

Divisão arbitrária para interpretação dos resultados: Kappa <0,200 como desprezível; 0,210 a 0,400 como mínimo; 0,410 a 0,600 como regular; 0,610 a 0,800 como bom; acima de 0,810 como ótimo.



É possível também calcular o Erro Padrão de Kappa. Desta forma, com o valor do Erro Padrão multiplicado por uma determinada probabilidade estatística, é possível obter um intervalo de confiança para o Índice de Kappa (MAROCO, 2003; CONOVER, 1971).

### 8.2.2 Intervalo de Confiança para Média

O intervalo de confiança para a Média é uma técnica utilizada quando queremos ver o quanto a média pode variar numa determinada probabilidade de confiança. Essa técnica é descrita da seguinte maneira (VIEIRA, 1991; VIEIRA, 2004):

$$P\left(\bar{x} - Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \leq \mu \leq \bar{x} + Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right) = 1 - \alpha$$

Onde:

$\bar{x}$  = média amostral;

$Z_{\alpha/2}$  = percentil da distribuição normal;

$\sigma$  = variância amostral (estatística não viciada da variância populacional);

$\mu$  = média populacional;

$\alpha$  = nível de significância.

### 8.2.3 P-valor

Lembramos que o resultado de cada comparação possui uma estatística chamada de p-valor. Esta estatística é que nos ajuda a concluir sobre o teste realizado. Caso esse valor seja maior que o nível de significância adotado (erro ou  $\alpha$ ), concluímos, portanto, que a  $H_0$  (a hipótese nula) é a hipótese verdadeira, caso contrário ficamos com  $H_1$ , a hipótese alternativa.

### 8.3 Fase integrativa

Nessa fase analítica de conclusão serão comparadas as categorias apresentadas pela escala através da conversão entre dados qualitativos e quantitativos. O uso do método misto integrado na abordagem de análise se dará no sentido de conjugar os dados para responder ao objeto proposto pelo estudo.

Dessa forma, a análise final seguirá os seguintes passos:

1. Redução de dados (reduzir a dimensionalidade dos dados quantitativos e dados qualitativos);
2. Exibição de dados (descrever visualmente os dados quantitativos e qualitativos);
3. Transformação de dados (quantificar ou qualificar os dados);
4. Correlação de dados (correlacionar os dados quantitativos com dados quantificados ou vice-versa);
5. Consolidação de dados (combinar os dados quantitativos e qualitativos para criar ou consolidar uma variável ou um conjunto de novos dados);
6. Comparação dos dados (comparar os dados das fontes quantitativas e qualitativas) e
7. Integração de dados (articular os dados qualitativos e quantitativos em um todo coerente) (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018).





## 9 RESULTADOS

### 9.1 Revisão Integrativa e Instrumentalização para as Visitas Domiciliares

Este estudo pauta-se na visita domiciliar enquanto base interventiva através do método de Estudo de Casos, assim, como recomendado por Yin, 2001, fez-se necessário embasamento para a operacionalização das VD propostas por meio de plano de coletas de dados. Dessa forma, optou-se pela realização de revisão integrativa (APÊNDICE E). Ao final, formulou-se um documento orientador para uso das enfermeiras visitadoras em suas abordagens em nível domiciliar.

Foi realizado um estudo de revisão integrativa que visou identificar as necessidades das mães de RN prematuros e/ou de baixo peso após a alta hospitalar a fim de compor um instrumento norteador e balizador para o processo formativo da equipe do projeto apoiado nas evidências científicas sobre a temática. Tal pesquisa respondeu ao primeiro objetivo secundário desta proposta de estudo: *“Propor um documento orientador para o suporte domiciliar do enfermeiro direcionado às mães de recém-nascidos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso após alta hospitalar”*.

A prática baseada em evidências é uma abordagem atual e que associa as melhores evidências científicas à prática clínica, sendo recurso utilizado para fundamentar as ações profissionais de modo a atuarem com eficácia, eficiência e segurança ao paciente (SCHNEIDER et al., 2018). Dessa forma, a sua implementação se estabelece a partir de atitudes questionadoras e que abordam assuntos da prática clínica, partindo para a produção de evidências relevantes, busca e compilação de dados que respondam às questões levantadas, partindo da avaliação e síntese crítica e, por fim, integração dos resultados que resultem na melhor decisão para a prática profissional (SCHNEIDER et al., 2018).

Nesse contexto, a revisão integrativa é uma metodologia que incorpora a síntese de conhecimentos específicos e capazes de auxiliarem na prática de cuidado prestado ao paciente; dessa forma, pela amplitude de amostras e por possibilitar a inclusão de diversos métodos, é uma grande potência aos estudos da área de enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa identifica, analisa e sintetiza os resultados dos conhecimentos atuais colaborando para a criação de políticas, protocolos e procedimentos que repercutem positivamente na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. De maneira geral, é construída a partir da identificação

de uma questão norteadora, a qual conduzirá a identificação dos resultados almejados, seguindo para a busca dos dados, caracterização da amostra por meio dos critérios de inclusão e exclusão que levarão à seleção inicial dos dados que respondam à pergunta norteadora, seguindo para a coleta dos dados pelas bases de dados selecionadas, compilação dos artigos encontrados, análise crítica dos estudos que foram incluídos, discussão dos resultados e, por fim, exposição da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Em tal revisão foi possível identificar que há necessidade expressa das mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso em receberem suporte domiciliar do enfermeiro a fim de qualificar suas ações, aumentando assim, o empoderamento materno. O suporte do enfermeiro, quando realizado sob olhar singular e com a participação familiar, é capaz de transcender o espaço domiciliar em ambiente de escuta, conhecimentos e fortalecimento de vínculos e afetos.

## **9.2 Protocolo do Estudo**

A fim de atingir o objetivo específico “*Propor um documento orientador para a visita domiciliar do enfermeiro às mães de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso após alta hospitalar*” e operacionalizar as VD conforme instrui Yin (2004), foi criado, a partir da Revisão Integrativa acima mencionada, um instrumento direcionador de ações profissionais com conteúdo programáticos abordados, adicionalmente, junto à equipe que compôs este estudo, com temas e manejos para a visita domiciliar à família do recém-nascido de risco.

# Visita Domiciliar para Famílias com RN de Risco

Núcleos gerais de atenção para as visitas domiciliares direcionadas às famílias de RN de risco

Autora: Oliveira, AIB

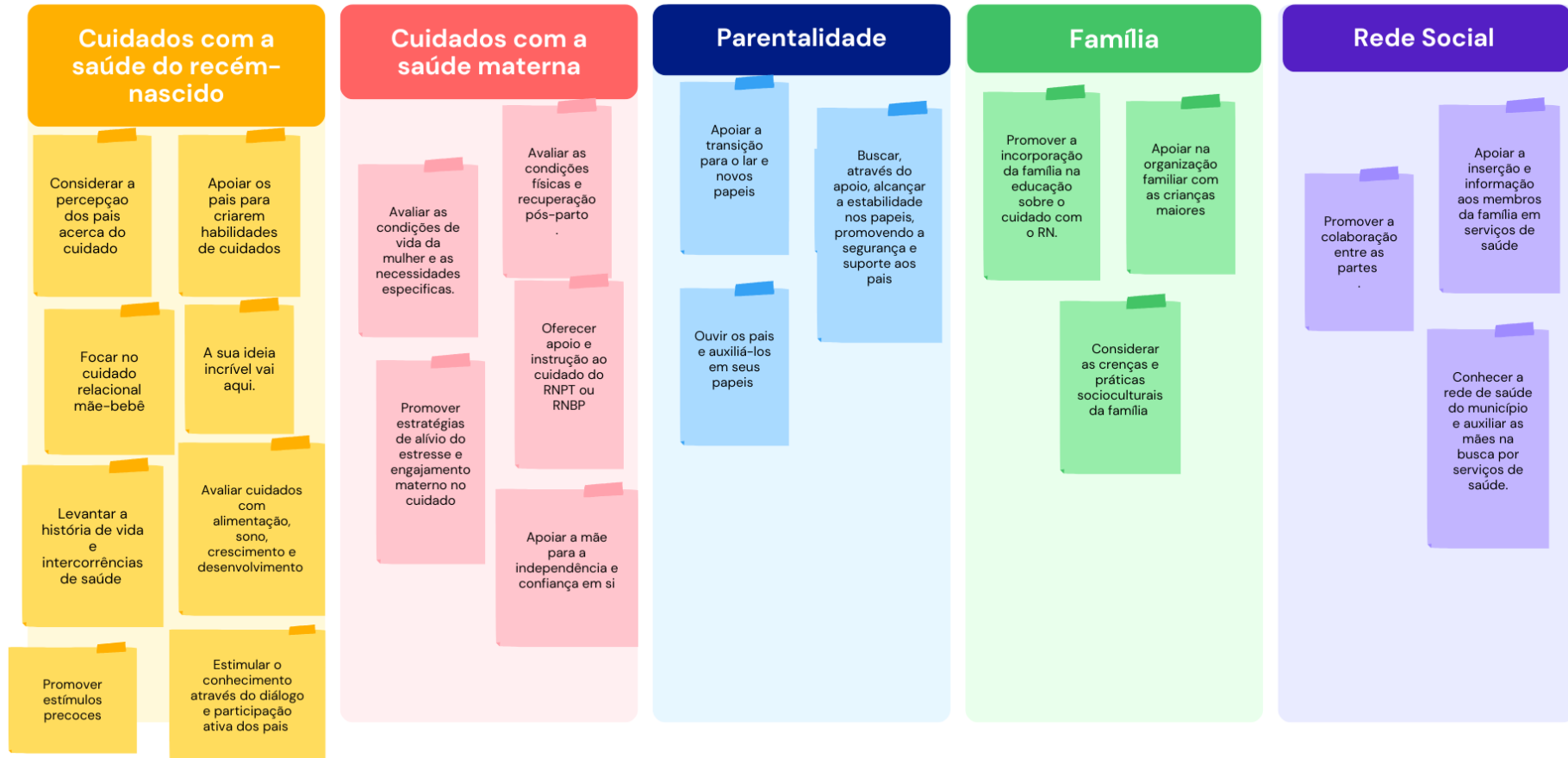


Figura 6 – Visita Domiciliar para famílias com RN de Risco. Fonte: autoria própria

# Estratégia de Perguntas Norteadoras para Visita Domiciliar

Perguntas norteadoras para promover narrativas familiares sobre o cuidado com o RN de Risco

Autora: Oliveira, AIB

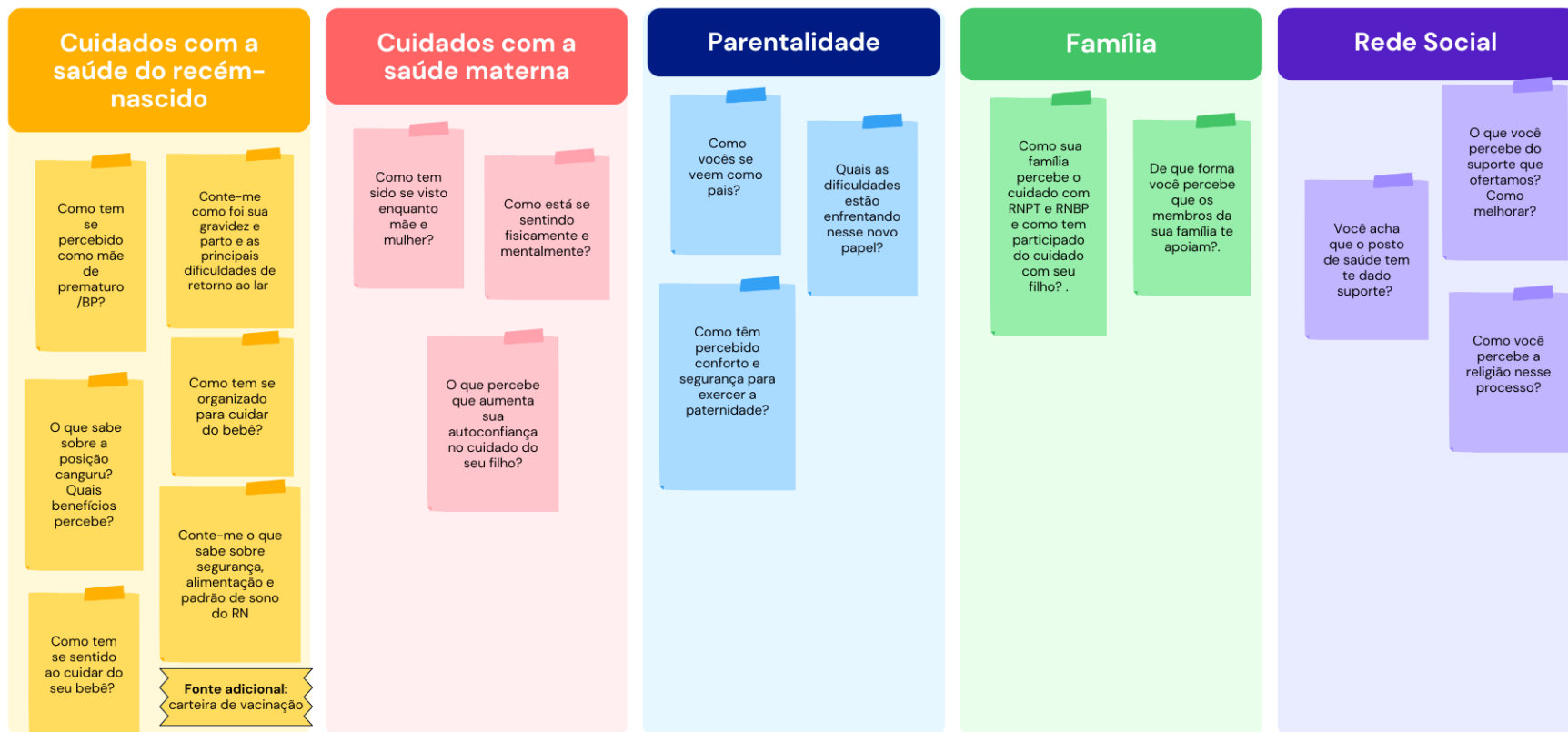


Figura 7 – Estratégia de Perguntas Norteadoras para Visita Domiciliar. Fonte: autoria própria

### 9.3 Resultados qualitativos

Ao longo do período de um ano (agosto de 2020 a agosto de 2021) foram convidadas a participarem do estudo 31 mães. Inicialmente, aceitaram participar do estudo 14 mães, destas, seis foram consideradas desistentes por receberem uma a duas visitas em suas residências e não responderem mais aos demais contatos telefônicos para agendamentos posteriores. Portanto, integralmente, isto é, desde a alta hospitalar da UCIN e /ou alojamento conjunto até a alta da visitação, oito mães de RNPT e/ou RNBP participaram do estudo.

Para preservar o anonimato e sigilo das participantes, as mães foram convidadas a escolherem um nome de flor para representá-las no estudo. Abaixo é apresentado resumo da caracterização das participantes, condições socioeconômicas e contato prévio com a posição canguru. Os dados analisados são relativos ao banco de dados produzido a partir das visitas domiciliares às oito participantes que, inicialmente, receberam visita domiciliar uma vez por semana e, de acordo com as necessidades e disponibilidades apresentadas por elas, passaram a ser realizadas quinzenalmente, com duração média de 120 minutos. As mães receberam a visita domiciliar de forma individual, com exceção de uma mãe que contou, na maioria das vezes, com a participação do marido. Na VD estavam sempre presentes uma das enfermeiras e uma graduanda do estudo.

As informações referentes à caracterização das participantes e seus filhos são apresentadas no quadro 1 e 2 abaixo.

**Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo**

<b>Sujeito</b>	<b>Idade</b>	<b>Cidade onde reside</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Histórico obstétrico</b>
<b>Jade</b>	20	São Carlos	Casada	Ensino médio completo	Do lar	G3;A1;PN 1;PC1
<b>Rosa</b>	35	Porto Ferreira	Casada	Ensino fundamental completo	Do lar	G3;A1;PN2
<b>Hortênsia</b>	26	São Carlos	Casada	Ensino médio completo	Do lar	G3;A2;PC1
<b>Íris</b>	36	Descalvado	Casada	Ensino médio completo	Do lar	G5;A3;PC2
<b>Lírio</b>	35	Porto Ferreira	Casada	Ensino Fundamental completo	Do lar	G2;A1;PN1

<b>Begônia</b>	28	São Carlos	Casada	Ensino médio incompleto	Do lar	G5;A4;PN1
<b>Amarílis</b>	31	São Carlos	União estável	Pós-graduação	Psicóloga	G1;A0;PC1
<b>Azaleia</b>	25	São Carlos	União estável	Ensino fundamental incompleto	Do lar	G5;A0;PN2;PC3

**Quadro 2. Caracterização dos Recém-nascidos**

<b>Mãe</b>	<b>IG</b>	<b>Peso ao nascido</b>	<b>Peso na alta</b>	<b>Tempo de internação</b>	<b>Data da primeira VD</b>	<b>Tempo de acompanhamento</b>	<b>Quantidade de VD</b>
<b>Jade</b>	34s2d	1.655 gramas	1.975 gramas	30 dias	04/08/2020	6 meses	12
<b>Rosa</b>	34s	2.240 gramas	2.070 gramas	10 dias	14/08/2020	4 meses	6
<b>Hortênsia</b>	35s	2.000 gramas	2.010 gramas	64 dias	28/08/2020	5 meses	6
<b>Íris</b>	31s3d	1.400 gramas	2.000 gramas	35 dias	24/09/2020	4 meses	6
<b>Lírio</b>	34s5d	3.010 gramas	2.770 gramas	20 dias	16/09/2020	4 meses	6
<b>Begônia</b>	31s	1.210 gramas	1.975 gramas	20 dias	04/02/2021	4 meses	5
<b>Amarílis</b>	35s4d	1.785 gramas	1.900 gramas	22 dias	31/08/2021	4 meses	5
<b>Azaleia</b>	36s	1.600 gramas	2.025 gramas	62 dias	18/01/2021	5 meses	6

Como o estudo de caso prevê um processo formativo de seus pesquisadores, foi realizado um treinamento inicial, junto à pesquisadora principal, sendo solicitado à mãe Jade (Estudo piloto) a participação destas visitadoras, em duplas, para o momento introdutório, esta aceitou, perante a conformidade com as medidas protetivas contra a COVID – 19 propostas pelos órgãos públicos, fato que levou esse binômio a apresentar mais visitas domiciliares se comparadas com as demais.

Em relação à posição canguru, segue abaixo o quadro com as principais características apontadas pelas mães.

**Quadro 3. Características principais de reconhecimento da posição canguru**

<b>Características</b>	<b>Média/Porcentagem</b>
<b>Apresentada à posição canguru durante a gestação</b>	Não: 86,7% (N=7) Sim: 13,3% (N=1)
<b>Apresentada à posição canguru na maternidade</b>	Não: 26,7% (N=2) Sim: 73,3% (N=6)
<b>Principais sentimentos no primeiro contato com posição canguru</b>	Medo: 100% (N=8) Solidão: 26,7% (N=2)

	Exaustão: 13,3% (N=1) Felicidade: 80% (N=6) Ansiedade: 80% (N=6) Prazer: 26,7% (N=2) Tristeza: 13,3% (N=1)
--	--

### 9.3.1 Construindo pontes: A experiência do diálogo no cuidado

A experiência da maternidade destaca-se como desafiadora, envolvida numa tecelagem complexa, coloca no centro das atenções o ser humano que acabada de nascer. O início desse processo é caracterizado por diversos sentimentos e ações que visam assegurar a sobrevivência e desenvolvimento da criança nos mais variados contextos sociais.

Ao adentrar esse universo, o enfermeiro pondera, envolve-se na escuta e tomada de decisões, observa o ambiente e a história familiar, absorve as informações e mostra-se presente e disponível ao cuidar. E, nessa tecitura, o interesse pelo sujeito do cuidado torna-se a mais valiosa ferramenta profissional.

#### *Amarílis*

*Meu nome é Amarílis, eu tenho 30 anos, faço 31 em setembro, dia 12, tive minha primeira filha, ela nasceu prematura de 35 semanas e 4 dias, eu tinha uma insuficiência na placenta, deu um probleminha na placenta e eu tive que fazer uma cesárea. Eu sou psicóloga, tenho mestrado em psicologia e estava fazendo especialização em clínica, na área de psicologia, mas dei uma pausa porque não tive mais tempo, aí tive que parar com todos esses projetos. Eu sou de São José dos Campos, vim pra São Carlos pra fazer faculdade e eu moro com meu marido, mas a gente não é casado, temos união estável e temos dois gatos (risos). Um não ligou para a chegada dela e o outro está rosnando para a bebê, então a gente está no processo de adaptação desses dois também.*

#### *Lírio*

*Quando eu falei que eu estava grávida para minha família, todo mundo assustou, disseram que eu era louca, que eu ia perder de novo, eu nem ouvia porque senão eu*

*ficava louca. Quando eu engravidei estava trabalhando, depois parei, meu marido trabalha aqui, é pedreiro, trabalha de dia.*

**Rosa**

*Passei tanta coisa que parece que não passei nada. Estava conversando com minha mãe, marido e irmã, nem parece que eu fiquei em São Carlos mais de um mês, dormi lá, nem parece que vivi tudo isso, parece que eu tive meu filho e vim embora pra casa. O prazer de ter ele em casa supera tudo. Eu nem senti cansaço, meu marido falava que eu estava parecendo um 'zumbi', onde eu sentava eu dormia, quando eu chegava em casa eu sentia sono.*

**Jade**

*Eu sempre quis ser mãe, mas depois que eu perdi o meu primeiro filho, mudou totalmente, eu queria estar grávida. Quando eu o vi, eu desabei. Ninguém acreditava que estava acontecendo comigo, nem ele, nem ninguém, todo mundo ficou louco quando descobriu, eu contei quando estava mais próximo, estava quase pra nascer também, então ficou todo mundo agradecido. Eu, como mãe, e como mulher, por mais que eu seja nova, foi uma realização minha.*

**Íris**

*Desde o início quando comecei o pré-natal o ginecologista daqui falou que eu já tinha um histórico de parto prematuro pela minha primeira ter sido parto prematuro, então eu sempre tinha um receio, procurava bastante para saber, porque o meu medo era ter ele muito cedo e acabar morrendo, então eu morria de medo, sempre procurava usar os medicamentos, mas sempre tinha medo, então eu pesquisava muito sobre o assunto.*

**Begônia**

*Demorou um mês para eu descobrir que estava grávida, aí fui ao posto para ver o que eu deveria fazer. Fiquei internada cinco dias até ter ela, seis dias, na verdade. Ela nasceu de parto normal, até ter ela, eu não tinha mais líquido nenhum, tomei soro e ampicilina, estava secando. No dia que ela nasceu, começou a sair o tampão de novo, começou a me dar contrações e foi diminuindo. Me falaram até sobre contração "emocional", eu pensei: quem iria ter isso?*

**Azaleia**

*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 direto, ficou intubado um mês lá, aí queria saber o que aconteceu com ele, fiquei ansiosa, nervosa, ver ele na UTI foi muito difícil para mim, eu chegava a chorar, falava para minha mãe que não aguentava ver ele nesta situação, ela tentava me acalmar, achava que eu não ia mais ver ele (Relato sobre o medo da morte).*



## ***Hortênsia***

*A primeira gravidez foi ectópica, no primeiro ultrassom não foi detectado gravidez ectópica, só via um embrião no útero, passou um tempo, 4 meses e descobriram a gravidez ectópica, tinha uma no útero e um bebê nas trompas, comecei a ter sangramento, 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, tive um aborto espontâneo, fiquei uns 3 anos sem tentar engravidar, não queria mais, fiquei meio traumatizada, fiquei com medo. Aí, depois de 3 meses de acompanhamento com o médico, descobri que estava grávida.*

Os trechos acima demonstram a ambiguidade da experiência vivida pela mãe de um RN prematuro. De um lado, a alegria e plenitude da descoberta da gravidez, os momentos de projeção para o futuro do filho que acaba de ser gerado e, do outro, o medo e a preocupação advindas das experiências anteriores, do nascimento prematuro e das possíveis consequências a ele atreladas.

Esses recortes foram retirados do primeiro dia de visita domiciliar, dia em que as mães participantes foram estimuladas a penetrar em suas vivências, com a possibilidade de retomarem sua história e contarem, em detalhes, os sentimentos e as lembranças gerados por cada momento desse processo.

Iniciam o contato com certa timidez, mas, conforme sentem abertura e liberdade na enfermeira que as acolhe, o diálogo se torna espontâneo e a expressão do vivenciado retoma à realidade. Nessa direção, é possível perceber a similaridade que envolve a história das mães, a trajetória de sonhos, de idealização da gravidez e do dessabor experienciado pelos desencontros impostos pelas perdas anteriores.

Nesse início, o primeiro contato estabelecido determinou a progressão ou não dos próximos contatos. As atitudes profissionais de acolhimento foram essenciais para a continuidade do acompanhamento, assim, postura sensível, com empatia, escuta ativa e demonstração de interesse foram sobressalentes para o cuidado domiciliar e envolvimento da mãe nas apostas da visita domiciliar. A aceitação, então, pôde ser estabelecida pela maneira como esta mulher foi abordada, pela clareza dos objetivos da visita domiciliar, pela importância relatada para o binômio e demais familiares e a proximidade que se obteve no contato mãe-profissional. A construção de uma relação de confiança iniciou-se com a compreensão materna de uma necessidade percebida, porém não contemplada até aquele momento.

A seguir, é apresentado o resultado da análise dos dados obtidos a partir do acompanhamento domiciliar, com transcrição das falas e notas de campo, descrito através de sete unidades temáticas:

## ✓ **Unidade temática I: Processo transicional da gestação ao parto prematuro**

O nascimento de um filho é marcado por intenso aprendizado, imputa-se a esse momento uma perfeição que se desfaz à medida em que se descobre a magnitude da chegada de uma criança. Os sentimentos que se apossam sobre os pais, em especial a mãe, são de plenitude e vazio, felicidade e medo, amor e insegurança. Nessa dualidade, a idealização sobre esse grandioso processo se dá no planejamento, na construção do eu ‘mãe’ e o eu ‘pai’.

*Depois de várias perdas eu engravidei de novo, aí eu comecei a ter essa vontade de ser mãe, mas quando eu perdi o segundo filho eu já não acreditava mais em nada. Foi um baque, altos e baixos. Eu não ia na igreja, não rezava, não pedia benção, não falava nada, foi uma fase absurda. Eu comecei a não me aceitar, não queria me olhar no espelho, não queria ter relação com ele (falando sobre ter relações sexuais com o marido), não queria que ele me tocasse. (Jade)*

*O primeiro filho foi de um moço que eu namorei, não queria engravidar, mas me descuidei. Mas perdi, nasceu, ficou vivo e morreu, com 20 semanas. O segundo é do meu marido, tive em 2015, ele nasceu vivo, ficou 9 horas vivo e faleceu, com 23 semanas. (Begônia)*

O desejo pela maternidade é construído aos poucos, é estudado, desenhado e alinhavado na tecitura do caminhar da mulher. O caminho dessa descoberta não fica evidente e, por não ser tão claro, ele se faz em meio aos tropeços da vida.

*Eu não esperava engravidar, acho que com 10 meses de casada eu engravidei. Foi um susto, mas eu sentia desde o começo que não era para ser, eu não sentia esse amor, essa coisa de mãe. É até pecado falar, mas eu não sentia. eu não estava preparada para isso não. Eu não imaginava que seria nessa proporção. (Jade)*

*Aos poucos vai se concebendo o desejo, vai tomando forma e começa a fazer parte dos pensamentos do casal a projeção do nascimento de um filho. Gradualmente, já se encontra, no íntimo, a descoberta da maternidade.*

*Aí eu fui voltando e as coisas foram melhorando e clareando, descobri que estava grávida. Desde o comecinho eu sentia que ia dar certo. (Jade)*

Durante a gravidez, estabelece-se o contato mãe-filho, o amor se torna central nessa relação e a preocupação com o bem-estar do bebê cresce à medida em que a gestação evolui.

*Eu fui sentir mesmo a gravidez de: “nossa!!estou grávida” foi no terceiro trimestre, ali, o tempo todo eu pensava: “nossa, estou grávida e não consigo agachar”, “estou grávida e estou sentindo falta de ar”. A gravidez mesmo veio no terceiro trimestre. Virar uma gravidez de risco foi uma coisa inesperada até para a gente, porque estava tudo dentro dos conformes. (Amarilis)*

Na situação de prematuridade, o medo está sempre presente. A descoberta da gravidez não traz a garantia de que tudo ocorrerá da melhor maneira, de que tudo dará certo. O processo ainda é incerto e cercado por altos e baixos. A mínima possibilidade de algo dar ‘errado’ e isso ser com o próprio filho, toma uma dimensão gigantesca de angústia e sofrimento. A chegada da mãe à prematuridade é tomada por sentimentos contraditórios.

*Então fomos para a maternidade e lá o médico disse que teria que fazer uma cesariana. Então foi de uma ultrassonografia de rotina para ver se está tudo ok para um parto, foi muito de repente. (Amarilis)*

Visitadora: *E como foi quando seu bebê nasceu?*

*Eu achei que não ia conseguir passar por tudo que passei com ela, não sei se eu ia conseguir ficar os 20 dias com ela lá, não sabia se ia conseguir. (Hortênsia)*

*Foi para a UTI de Araraquara (falando da filha que nasceu prematura). Ficou bem, teve que tomar surfactante e ficou no CPAP só para ela lembrar de respirar. Ficou onze dias lá. Nasceu com 1.210 gramas, perdeu um pouco e ficou com 1.100 gramas. Enquanto ela estava na UTI, eu ia todos os dias para lá. (Begônia)*

*Eu fiquei muito triste, com 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, aí foi muito triste em não poder segurar e ver ele, só depois, foi bem difícil. (Íris)*

O sentimento de vazio com a separação do filho tira da mãe a possibilidade de vivenciar o que antes era idealizado, do contato ser estabelecido logo após o nascimento e do retorno ao lar, restando então, a estranheza de um mundo novo, fora dos limites até então concebidos.

*Foi horrível!! É muito estranho porque você tem um bebê, mas não está com você, o bebê saiu, mas não está com você, fica faltando algo, é como se você estivesse grávida porque não tem bebê, mas você sabe que nasceu. A questão de “chegou o bebê” demora, foi inesperado e não deu para fugir. (Amarilis)*

*Quando eu fui no dia seguinte na UCIN é outro baque porque você chega, vê na incubadora, com sonda, eu nem sabia que ia usar sonda, então você fica assim “nossa, e agora? Porque eu achava, na minha inocência, que a questão dela era o peso e que ela iria ganhar peso aqui fora comigo, achei que ela ia para casa, não sabia que ia para um berçário, aí dá um baque que ela não vai embora comigo, que vai ficar ali, aí você acha que, em sua expectativa, vai levar uma semana porque, afinal, eram 300 gramas que ela precisava ganhar, então em uma semana ela vai ganhar e vamos embora para casa. Aí você começa a perceber que não, que tem a fase da perda do peso, você vê que no primeiro dia perde peso, no segundo dia perde peso e você fica pensando muito se vai sobreviver, não sabia que ia sobreviver. (Amarilis)*

*Eu perguntava sempre “meu bebê vai sobreviver?”, me falavam, “vai sim”, mas começa a perder peso, perder peso e você pensa “não sei se vai sobreviver, se vai ficar bem”. (Amarilis)*

O nascimento prematuro repercute também no nascimento dos pais, há um distanciamento da realidade vivenciada e da estipulada, a maternagem ganha vida apenas quando o bebê retorna aos braços da mãe, quando ambos se reaproximam.

*Eu comecei a ficar com medo também do que o futuro revelaria e aí, quando começou a ganhar peso e foi para o berço e colocaram roupinha, aí parece que o meu bebê nasceu, parece que virou bebê, parece que virou um serzinho ali. Foi muito diferente de ter um bebê na incubadora e no berço. Ali parece que era meu bebê, antes parecia que era só um bebê que não se sabe para onde vai. Foi ali que eu me acalmei e pensei que ela iria sair dali sim, é uma das minhas memórias, foi ali que ela nasceu, fazia mais de uma semana. Aí sim eu levei a malinha da maternidade e já colocava roupinha. (Amarilis)*

Após a vivência do desconforto, do medo e angústia iniciais ao nascimento prematuro, o processo transicional se dá na descoberta do cuidar, da responsabilidade pela criança e pelo seu bem-estar. A passagem desse estado ao outro é rica em novos conhecimentos, mudanças de comportamentos e na forma como a mãe se vê no mundo.

*No berçário eu tinha suporte das pessoas que trabalhavam lá, eu ficava o tempo todo e, por mais que sejam menos enfermeiras, eram enfermeiras que estavam lá, então eu tinha uma dúvida ou outra, precisava pegar alguma coisa que eu não estava alcançando, elas estavam ali. (Amarilis)*

*Ficou tudo mais fácil quando ela foi para o berçário, é cansativo, mas eu estava pertinho. Ela usou sonda na boquinha e depois no narizinho, ela chegou até 1.800 gramas rapidinho, quando ela estava com 1.900 foi para a sonda nasal para estimular mamar. (Begônia)*

✓ **Unidade temática II: Construindo o cuidar do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso no domicílio**

O cuidado diário com o recém-nascido é o elemento principal no retorno ao lar e durante as visitas domiciliares, haja visto que, a prematuridade imputa novos modos de ser e agir. Assim, a condição de saúde do filho e as variações cotidianas nos comportamentos são concebidas como informações relevantes para a compreensão do que é revelado pelo RN, iniciando nessa trajetória domiciliar, a leitura das necessidades da criança e as ponderações sobre o que é habitual e o que é, por vezes, incomum, se torna questão central do cuidado.

*Quando ele estava internado eu pensava que tinham as meninas lá no hospital, em casa sou eu mesma. (Lírio)*

*No berçário, as enfermeiras ajudavam bastante, coisas de banho, trocar fralda, então até que essa parte mais metódico tipo “agora faz de um jeito, agora de outro” que tem um ritual, é tranquilo, só tinha medo de cair a criança (risos), mas são coisas que tem um começo, meio e fim, você sabe que tem uns passos que tem que fazer. (Amarilis)*

*Foi um retorno bem diferente, por ele ser prematuro, mas está sendo tranquilo, tirei algumas dúvidas no berçário, da forma de segurar ele, mas bem tranquilo. (Íris)*

*A gente ficava muito feliz com a alta dos bebês. Eu falava para as outras mães: “você vão embora logo, é agora que vão ver como é cuidar de uma criança prematura em casa, não é fácil”. Eu tive um pouco de insegurança. (Begônia)*

Nesse sentido, as descobertas sobre o filho são progressivas, a medida em que mãe e filho se conhecem, estabelecem vínculos e criam rotinas, novos modos de agir vão surgindo em decorrência dessas descobertas.

*Ontem ele me deu trabalho, estava todo manhoso. Só queria colo, principalmente à noite, chorou o dia todo ontem, nem dormiu. Quando pegava no colo ele conseguiu dormir mais um pouquinho, colocava no bercinho dele e ele já gritava de novo. Acho que é manha mesmo, não estava com cólica, não estava sujo, nem nada, era manha mesmo. Queria ficar mais no colo mesmo. Hoje já está mais tranquilo. (Jade) [quando pergunto sobre como tem sido o retorno ao lar].*

*Em relação aos cuidados agora já estou conseguindo desempenhar bem, mas, de início, tive muita dificuldade, muito preocupante, pequenininha e primeira filha, nunca tinha visto prematurinho, mas agora já estou mais segura, já entendo o que ela está querendo, só no olhar dela eu já sei que ela quer mamar, que ela quer fazer coco, já sei a carinha quando eu vejo que ela não está legal. Mas, quando cheguei em casa sozinha, me deu medo, porque lá eu sabia que tinha enfermeira e aqui era só eu e ela. (Hortênsia)*

*Às vezes eu penso que a maior dificuldade é na hora que ele chora muito que ai eu não sei o que fazer, eu tento uma coisa, ele não para, ai eu tento outra, ele não para, troco fralda, não é isso, ai ele chora, chora, ai não sei se é dor, se é fome, então, o que está sendo mais difícil, é o choro de madrugada, teve um dia que ele chorou a noite inteirinha, troquei fralda e nada, dei de mamar nada e ai dava o peito, não queria, ai chorava e chorava. (Íris)*

*Tem horas que eu paro, respiro, perco a paciência com ela, não com ela, na verdade, assim, de choro, que ela começa a chorar e eu não sei o que fazer, aí sento, meu marido conversa comigo e eu com ela, ela está chorando e eu tenho que entender o que está acontecendo, paro, vejo o que está acontecendo, o porque ela chora e é banho, fralda suja, sono, essas coisas, ai eu já sei. (Begônia)*

Nessa direção, o sono, visto pelas participantes como necessidade essencial, é tido como preocupação inicial quando se tem um RN, usualmente, caracterizado como um momento de insônias e de novas adaptações à chegada do RN.

*Não acorda muito não, só umas duas vezes e volta a dormir. Ele mama e dorme. A noite inteira. Às vezes ele acorda uma vez só no meio da noite e depois só 8-9h da manhã. Ele deu trabalho mesmo no comecinho com as cólicas, aí eu não conseguia descansar mesmo. (Jade)*

*Agora ela está ficando mais tempo acordadinha, de manhã umas 7:30 até umas 9:00 e de noite ela acorda um pouquinho antes das 22 horas, entre 20 e 21 horas, ai de madrugada acorda as 2 horas ou 3 horas e depois vai acordar só as 6 horas, essa*

*noite eu consegui dormir direto 5 horas, mas tem noite que ela acorda várias vezes picadinho e quer ficar no colo. (Rosa)*

*Está dormindo pouco a noite, de dia dorme, parece que agora deu uma desregulada, não sei avaliar ainda, estou com tanto sono e não sei se estou deixando arrotar direito, acorda várias vezes, fica agitada. De dia já fica melhor. (Amarilis)*

O aprendizado sobre cada fase vai se estabelecendo no decorrer dos dias, observar o bebê é o ponto de partida na compreensão de suas necessidades.

*Ele chorou, chorou, chorou, aí eu levantei com ele, ele parou e dormiu no meu colo, aí eu coloquei ele de novo pra dormir na cama, ele chorou um pouquinho porque queria mamar de novo, aí eu dei um pouquinho de leite e ele dormiu a noite inteira, porque eu estou achando que ele não dorme de luz acesa, porque, se apaga a luz, ele dorme. (Azaleia)*

Percebe-se que a transição do ambiente hospitalar para a residência imputa diversas transições nos arranjos familiares e rotinas até então estabelecidas. Os cuidados diários com o recém-nascido prematuro e de baixo peso torna-se movimento central dentro do lar e as informações que os cerceiam fortalecem a autoconfiança materna e estimulam o engajamento para o retorno e a estabilidade familiar prévia à chegada do novo membro.

*Dificuldade não tive, só um pouco de receio por ela ser prematura. (Lírio)*

*É um cuidado a mais com certeza, porque você imagina...era para ele estar nascendo hoje, então ele é bem mais pequenininho, os cuidados redobram até você se sentir firme. (Íris)*

*O banho está mais tranquilo, fiquei insegura no primeiro dia, pegar ele, segurar, depois só eu dava banho nele. (Íris)*

*O (nome da criança) está tomando fenobarbital, toma duas gotas ao dia. Fico insegura com tudo. Minha outra filha foi tudo normal, não teve nada disso, tudo novo. (Íris)*

*Conseguí ajustar os remédios, dou às seis horas, acordo e dou para ele, é um horário muito bom. O polivitamínico está tomando dez gotas, o ferro está tomando cinco gotas. (Íris)*

Diante dos dados evidenciados e seguindo uma lógica de necessidades, a alimentação do recém-nascido prematuro e de baixo peso é uma das principais causas de preocupação e ansiedade materna.

*Ela começou com o peito e depois ia para o copinho, o que ela não conseguia tomar no copinho, eu dava na seringa, ainda estava com a sonda nasal. Depois foi retirada a sonda nasal e ficou peito e copinho e depois, por último, trocou, pois era uma questão de peso e ela estava com muita dificuldade para ganhar, foi copinho primeiro e depois peito até onde ela conseguisse somente mamar. Ela sempre teve o estímulo do sugar, no copinho era muito difícil porque ela não fechava a boca aí isso me dava desespero porque perdia muito leite, era péssimo. (Amarilis)*

Compreende-se ser este o tema de maior controvérsia entre o que é evidenciado, teoricamente, pelos profissionais de saúde e o que é estabelecido pelas mães, na prática, de retorno ao lar. Essa fala exprime a percepção de uma mãe quanto às regras, metodológica e historicamente, estabelecidas sobre o aleitamento materno e o receio de utilizar-se da própria concepção e reconhecimento do que é transmitido pelo filho enquanto necessidade.

*As horas da mamada estão sendo de três em três horas, não dá vontade nem de acordar porque ele dorme muito bem, mas tem que acordar. (Íris)*

Apoio as atitudes de cuidado materno. Mãe bastante segura, tranquila, aparenta estar confortável com as ações que tem promovido em casa ao utilizar-se de sua percepção quanto ao que lhe é demonstrado pelo bebê. [Nota de campo].

*Ela mama mais vezes, antes era de 3 em 3 horas, agora quer peito, a noite ela mama direto e ela mama mesmo, não fica chupetando o peito, está ganhando peso, tá mamando mais no peito, dou a chuquinha depois do peito, umas duas ou três chuquinha por dia, mas ontem mesmo tomou só uma chuquinha, está mais no peito mesmo. (Rosa)*

Apesar de desejável e incentivado no caminho hospitalar, muitas vezes, o sucesso no aleitamento materno exclusivo não é alcançado, gerando frustração e sentimento de impotência nas mães de prematuros e de RNBP, tal realidade faz com que estas sejam encorajadas a suprirem tal demanda com o uso de fórmulas infantis, às vezes, persistindo no estímulo ao aleitamento materno, noutras, identificando esgotamento nas tentativas frequentes, partindo para o uso, exclusivo, de aleitamento artificial. Essa estratégia torna-se aceitável para a mãe por percebê-la como benéfica para a criança, em contrapartida das tentativas frustradas de aleitamento materno.

*Ele realmente não quer o peito, ele chora muito, muito, aí ele aceita bem a mamadeira. (Jade)*

*Acertamos o leite dele, está indo super bem, o intestino está funcionando super bem. Em menos de uma semana e meia ele já mamou mais uma lata. Vai bastante. O outro que estávamos dando não estava indo bem, ele tinha cólica assim que tomava. Desde o começo ele sempre teve cólica, trocamos o leite e parou. (Jade)*

*Eu estou revezando, dou o peito, depois o copinho e tem horário que eu dou só o copinho e depois o peito, ele está fazendo o peito de chupeta. Ele ficou quase dois meses internado, diminuiu bastante meu leite. Eu cheguei até ligar no berçário para falar sobre a medida do leite, mas as medidas que me deram ficariam muito forte o leite. Tenho medo de dar no copo, é muito difícil, com o copinho ele bate a mão, cai, molha a roupa de madrugada. (Íris)*

Íris fez diversas tentativas de manter o aleitamento misto, se esforçou copiosamente para que o filho recebesse aleitamento materno, porém, não obteve sucesso que almejava. Realizou diversos contatos por mensagens nessa tentativa, referia dúvidas de que leite ofertar, quantidades recomendadas e como observar a saciedade do filho.

Oriento-a e pactuo novos esforços ao aleitamento materno e discussões sobre alimentação do RN. [Nota campo].

Em alguns casos, o uso de aleitamento misto perdura por mais tempo por insistência materna, apesar das dificuldades apresentadas anteriormente.

*Está mamando os dois, achei que ele ia para de mamar o peito, mas está aceitando os dois. Achei que ele ia largar, mas ele está pegando mais ainda, mais forte, tem hora que até dói de puxar. Está ficando mais cheio. Ontem à tarde ele rejeitou chuquinha e peito de tanto dormir, até pensei se ele estava bem, mas meu marido falou 'é lógico que ele está bem, se está dormindo, está bem'. Era 21 horas e eu troquei a fralda, aí acordou, mamou e dormiu de novo. (Lírio)*

*Ela pega o peito bem, mas não chega a dar três horas ela pega antes, pega bastante. (Lírio)*

O modo como o leite é ofertado está diretamente relacionado à informação e habilidade adquiridas no ambiente hospitalar e estão conectados à percepção de autossuficiência materna para a volta ao lar. Quando os RN se encontram internados, as mães têm a possibilidade de usufruir do conhecimento transmitido pela equipe de profissionais e treinarem técnicas nunca antes utilizadas, mas, apesar dessa compressão e esforços, o retorno ao lar é carregado de grandes inseguranças, sendo almejado então, o uso de métodos tradicionais, tidos por elas como mais seguros nesse momento.

*Estou dando no copinho e peito, mas eu fiquei muito insegura de dar o copinho, tenho medo dele engasgar, eu suou tanto, dá um suor que você nem imagina. A Dra. falou que é para eu complementar por ele não estar ganhando peso, ele estava usando o leite materno e o leite do banco. O leite do banco, eu reparei que ele jogava muito fora e não dormia direito, ficava com fome. Esse ele dorme mais, mas ainda joga um pouco fora pelo copinho, mas sustenta mais ele. (Íris)*

Visitadora: *E como você tem feito, Iris?*

*Estou usando a mamadeira durante o dia, intercalo com chuquinha porque o copinho tenho dado raramente, eu percebi que cai bastante então não sustenta por desperdiçar o leite. Eu ofereço o copinho raramente, não vou mentir para você, mas o peito ele está aceitando bem, pega bem o peito e a chuquinha. (Íris)*

*Eu estou vendo também que só o peito não está sustentando, então eu dei os dois lados ontem e ele ficou acordado, queria mais, era para ele dormir se estivesse sustentando. Aí eu falei para o meu marido ir fazer leite, quando ele mamou tudo, ele dormiu, quer dizer...quando dou só o peito, não sustenta. (Íris)*

Complementarmente, suprir a carência alimentar associa-se a um melhor crescimento e desenvolvimento da criança, evidenciado pelos relatos de acompanhamento do aumento do peso corporal. Como resultado das ações realizadas no lar, esse parâmetro direciona o entendimento de ações assertivas e de ações que precisam ser readequadas.

*Ele já está com mais de 3,5 kg. (Jade)*



A (nome da criança) *ganhou peso, está com 3.165 gramas, passou hoje em consulta aqui no posto do lado de casa, os exames estão todos bons. Graças a Deus! Passou umas vitaminas também e falou que ela está bem, que ganhou peso bem e para eu voltar daqui um mês agora.* (Lírio)

(Nome da criança) *engordou, está com 2.400 gramas. Está muito bem por ele ser prematuro, o desenvolvimento dele está ótimo. Ele (médico) disse que se não tivesse ganhado peso, ia marcar mais cedo a consulta, mas ele ganhou bem, então marcou para daqui um mês.* (Íris)

*O médico pesou, disse que ele está com o peso bom já, está com 2.670 gramas, ele falou que engordou bastante, está pesadinho já.* (Azaleia)

Os cuidados após o aleitamento materno ou fórmula infantil, visando a segurança do bebê em domicílio, muitas vezes apreendidos em ambiente hospitalar, são seguidos no domicílio.

*Eu tenho feito assim: Às vezes só de ficar sentado ele já arrota. Já peguei até o costume dele. Ele arrota, aí regurgita um pouco do leite e dorme. Acho que alivia e ele dorme.* (Lírio)

*Também tem hora que ele está mamando e que ele para de respirar, aí eu mexo nele e ele volta ao normal, mas tem vez que dá medo porque ele demora pra voltar.* (Azaleia)

*Mas ela começou a engasgar, por três vezes ela engasgou e eu tive que socorrer ela porque ela começou a ficar roxinha, tive que sugar a boquinha e fazer o primeiro socorro.* (Begônia)

*Tenho medo de ele engasgar-se, esses dias escutei um barulho, fui lá ver e estava saindo leite até pelo nariz dele. O virei na hora, tirei ele, bati nas costinhas e ele chorou, ainda bem que eu consegui fazer, estava calma para salvar ele.* (Íris)

Nesse seguimento, diversos foram os diálogos acerca de segurança do bebê. Esse tema foi abordado no decorrer das visitas domiciliares e, de fato, permitiu o esclarecimento de dúvidas e compreensão de ações interventivas.

*Esses dias eu estava tomando banho, e eu tomo de porta aberta para ouvir ele, eu o ouvi chorando estranho, sai correndo, peguei ele no colo, bati nas costas e ele vomitou. Nem o chuveiro me atrapalha a escutar o choro dele.* (Lírio)

*Fico muito mais segura, eu que salvei ele quando estava engasgado, mas se não fosse eu, seria quem? Ia sair gritando e não ia salvar meu filho.* (Lírio) [Falando sobre as oportunidades de aprendizado]

*Ele dorme de barriga para cima, eu vi depois que você me explicou que é melhor mesmo. Quando eu saí do banheiro e ouvi o choro rouco, se ele estivesse deitado de lado, não ia ouvir, diferenciar o choro dele.* (Lírio)

Durante as visitas domiciliares foram abordados diversos assuntos de segurança do bebê, as mães demonstravam essa necessidade e, quando o momento exigiu, estas se sentiram mais confiantes em realizar manobras de salvamento. [Nota de campo].

Na continuidade do aprendizado domiciliar, preocupam-se com as questões de desenvolvimento infantil e impactos sobre a prematuridade, compreendendo que os estímulos frequentes são necessários para um desenvolvimento adequado. As transições nas fases de vida da criança são relatadas enquanto marcos específicos sobre o desenvolvimento físico, afetivo e cognitivo, reforçando que tudo está indo bem.

*Ele está mais sorridente, ele busca as cores, colocamos musiquinha. Ele já firma a cabeça, fica de barriga para baixo erguendo a cabeça, se empurra. Está mais firme. (Jade)*

*A fisioterapeuta também falou que está tudo bem. Falaram para eu o colocar de bruços para firmar o pescoço, mas que está muito bem. Ele já está querendo erguer a cabeça, mas tem que fazer estimulação em casa, chamar para ver se ele procura, se ele olha, converso bastante com ele, é meu parceiro em casa. Eu vou mudando-o de lugar, coloco no berço, no carrinho, fico com ele na cama um pouquinho...vou chamando ele e ele procura. (Íris)*

*Não posso mais deixar ele ficar sozinho, ele fica virando a cabeça, se mexe bastante. Tenho percebido as mudanças, ele presta mais atenção, cai alguma coisa do lado dele e ele já olha, mudou tudo. Eu olho para ele cada dia de uma maneira diferente, acho que é sempre uma fase, quando ele veio ele era mais paradinho, ficava quietinho, agora está mais espoleta, gesticula, faz sons de conversa, presta atenção em sons. Estou aprendendo mais, cada dia mais, cada momento é algo novo, agora ele começou a gritar, às vezes dá um grito que eu olho e começo a rir com ele. (Jade)*

*Meu guarda-roupa ele adora, o quadro, o armário, ele adora, fica olhando. Senti bastante diferença nele, desenvolvimento dele, tanto dele procurar, virar a cabecinha, tudo, olha, procura a voz. Até penso se está entendendo, fica com a testa franzida. Eu deixo ele meio sentado, para fazer o controle do pescoço, ele fica um bom tempo, o pescoço está mais firme. (Lírio)*

Percebe-se que cada fase é movida por uma busca. O início de retorno ao lar é mantido pela sensação de ansiedade com o bem-estar do filho, com a alimentação e com o ganho ponderal. Ao passo que tais anseios são resolvidos, novas dúvidas e oportunidades de aprendizagem se fazem necessárias. [Nota de campo].

Os elementos que promovem a mudança estão vinculados ao aprendizado de uma fase e o início da outra, ciclicamente, as razões para a transição apoiam-se nas experiências diárias e sobre quais competências se fazem necessárias para o retorno à estabilidade. Dessa forma, o crescimento e desenvolvimento do bebê são marcos que desencadeiam tais buscas.

Ao longo do tempo, encontra-se a segurança materna, dia após dia, o bebê se mostra e alimenta na mãe a condução de suas necessidades.

*Acho que agora que ele está crescendo, eu estou me sentindo mais segura que ele está maiorzinho, está mais pesadinho, antes era mais complicado que ele era muito magrinho, pequenininho, agora o crescimento dele é o que está me deixando mais confiante. (Íris)*

*Agora eu estou mais segura, antes tinha medo, mas agora consigo realizar os cuidados. (Azaleia)*

*Estou bem, me sentindo segura quanto aos cuidados e menos cansada, agora que ela está com mais meses sinto mais confiança, já consigo interpretar o que ela quer. (Rosa)*

*Eu não sei fazer tudo, mas a cada dia eu aprendo de um jeito, o jeito dela. Meu marido fala que não sabe, mas eu falo que tem que aprender. (Begônia)*

*As coisas se acertaram, já se acalmaram, até ele, quando entra em casa já sabe que está em casa. Quando eu vou na minha mãe ele fica olhando o teto, sabe que não está em casa. Acho tão bonitinho. (Lírio)*

A introdução alimentar é um fator de grande importância, haja visto, sua relação com o bem-estar, crescimento e desenvolvimento da criança.

*A água ele aceitou tão bem. Achei que ele não ia querer, mas coloquei na “chuquinha” e ele tomou. Ele vai comer de tudo, porque a água não tem gosto de nada né, mas ele aceitou. (Lírio)*

*Às oito e meia é o café da manhã dele, dou a frutinha, ele gosta de banana e eu alterno outra fruta. Ele come e dorme, assim vai. Ontem no almoço ele comeu duas vezes. (Jade)*

Com o passar dos meses, é possível observar que o cuidado com o bebê se torna mais seguro, conectado com saberes apreendidos gradativamente no processo de parentalidade. Nos trechos a seguir, é possível observar que cada fase tem seu marco, seja ele estabelecido através do crescimento e desenvolvimento, seja por cuidados que também merecem atenção especial na rotina diária e no cuidado com o bebê prematuro.

*Ela (falando da médica que o avalia) colocou ele de bruços e ele quis engatinhar. Que gracinha!! Que bonitinho!! Eu cheguei a colocar ele aqui em casa, no dia em que eu coloquei e vi ele indo para frente, fiquei boba de ver, encantada de ver. (Lírio)*

*Ela já rola, arrasta o bumbum, ela vai rolando e vai arrastando a bunda, ela pega tudo na mão. (Hortênsia)*

*Ela está começando a dar o sorrisinho social, deu ontem para o meu marido, e se mexe bastante, principalmente quando está no berço, ela começa a se mexer, fica acordada fazendo barulho, eu falo com ela e ela fica prestando atenção. (Begônia)*

### ✓ **Unidade temática III: Construindo o cuidar do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso frente à pandemia por Sars-CoV-2**

As visitas domiciliares aconteceram sob o pano de fundo da pandemia pelo Sars-CoV-2. Os meses que se seguiram à descoberta de um novo vírus, trouxeram a imposição de dúvidas, anseios e grandes ameaças à estabilidade física e emocional da população mundial. Com as mães de prematuros

não foi diferente, viram-se em grandes desafios, da prematuridade e de uma nova doença. Assim, impossível desfazer os alcances desse momento para estas mães.

*A gente fica mais dentro de casa, a única coisa que é ruim é quando vamos no médico, que tem que levar. Aí fico preocupada, onde ela passa vai idoso, não tem como, estamos em risco. (Begônia)*

*Um dia meu marido estava entrando na garagem e a minha filha estava com ele, a vizinha veio aqui no portão conversar sem máscara e colocou a mão nela, aí depois de uma semana falou que estava com coronavírus, aquilo lá já me deixou nervosa. (Hortênsia)*

*As mães reforçam que sua maior preocupação está envolvida em assegurar aos seus filhos atitudes que sejam condizentes com o aprendizado que receberam e que recebem diariamente. A pandemia trouxe a elas um olhar minucioso quanto aos perigos de exposição ao vírus Sars-CoV-2.*

*A moça aqui do lado teve neném, acho que tem um mês e ela sai com ele, e ele nem tomou a vacina. Eu não conseguia sair de jeito nenhum, eu entrava em pânico. (Jade)*

*Deixo minha filha com o irmão mais velho para não sair e ter contato com o vírus, quando consigo resolver as coisas mais rápido e quando precisa ir ao mercado eu procuro pedir para minha irmã que chega do trabalho e mora aqui do lado, estou me sentindo encarcerada aqui. (Rosa)*

*Eu nem saio mais no portão com ela, os vizinhos aqui andam sem máscara. Eu tenho criança pequena. Eu não saio por nada, morro de medo, só vou na casa da minha mãe e na madrinha dela. (Hortênsia)*

*Eu não saio com ele, só saio quando vou atrás de médico, essas coisas, mas para ir no mercado alguma coisa eu não levo ele não, deixo ele com minha mãe, porque eu morro de medo dele pegar, Deus me livre. (Azaleia)*

O componente envolvido na saúde e bem-estar do filho são reforçados pela preocupação com o sistema de saúde e pela logística estabelecida em meio à pandemia. Versam sobre os medos e falta de apoio ao paciente neonato.

*Estão falando para levarmos as crianças primeiro nas UPAs, mas eu morro de medo, no posto também está cheio. Aqui perto de casa estava cheio de gente, está morrendo muita gente. Como vamos levar uma criança desse tamanho na UPA? Graças a Deus que ela está bem e eu não preciso levar ela lá porque fico morrendo de medo. Ontem fui no posto porque me ligaram falando que tinha chegado a vacina, mas eu cheguei lá e falaram que era só para o mês que vem, tive que ficar esperando para me atenderem e estava cheio, mas tive que vir embora, eu fiquei bem longe, sentei longe, tinham muitas pessoas. (Begônia)*

✓ **Unidade temática IV: Construindo o cuidado com a saúde materna após o nascimento do filho**

O relato materno perpassa pelo cuidado com o filho (a) e estende-se à necessidade de encontrar adaptação em meio às mudanças ocasionadas pela chegada do novo membro. Tal preocupação associa-se com a responsabilidade de suprir, com primazia, o que é apresentado pela criança nessa fase de crescimento e desenvolvimento. As mães sentem-se cansadas com o excesso de atividades e as noites mal dormidas, porém, em detrimento ao olhar individual, fazem desse encontro um momento de reafirmação do que é o “tornar-se mãe”.

*Quando eu vejo que ele está dormindo, aí já tiro um cochilo. (Jade)*

*Não estou dormindo muito bem... a noite eu fico olhando, né, para dar mama, trocar fralda, não deixar muito a fralda cheia, aí a noite, se você acorda e levanta, não é a mesma coisa, mas a alimentação eu estou comendo bem, certinho, as vezes passa um pouquinho do horário de comer, mas procuro sempre estar comendo alguma coisa que é benéfico para ela também, sei que vai para o leite então eu procuro comer certo, mesmo que não seja na hora certa mas a comida certinha para ela e tomo a insulina certinho. (Lírio)*

*Esses dias não estava conseguindo dormir não, acho que fui dormi 3 horas da manhã com ele, três dias... aí depois que eu consegui dormir mesmo. (Azaleia)*

*Está corrido porque eu ainda não consegui tirar ele de cima de mim. Se ele está dormindo na cama sozinho, eu não consigo dormir. No berço eu também não consigo dormir. Acho que o problema está sendo eu. (Jade)*

A prematuridade atribui à mulher, um olhar diferenciado para o cuidado que acontece no lar, mesmo tendo sido mãe outras vezes, percebe que necessita de novos conhecimentos, que é necessário ressignificar a forma de agir com o filho (a) prematuro em busca de adaptação às exigências até então desconhecidas.

*Fisicamente cansada, emocionalmente bem, é uma novidade assim ser mãe de menina para ser mãe de menino, o amor é igual, é um sentimento que não tem como explicar, você ama, cuida, protege, mas o fato dela também ser prematura tem sido muito diferente para mim em relação aos cuidados né, em questão de tudo, então junta um pouquinho da experiência e o receio dela ser prematura né. Então eu estou agindo naturalmente, tranquilo. (Lírio)*

Percebe-se que, ao falar de si, a mulher direciona seu bem-estar físico e emocional às necessidades supridas do filho, pouco se verbaliza e visualiza enquanto mulher, nessa fase inicial de retorno ao lar, em que a dimensão do seu cuidado é envolvida pela projeção de sua responsabilidade enquanto mãe. O cuidado do lar também se sobrepõe ao cuidado consigo mesma. Sentir-se bem e realizada como mulher, abarca não somente a atenção com sua individualidade, mas envolve a realização das pessoas que ama.

*Estou dormindo bem, ele está dormindo melhor e aí eu consigo dormir. Agora estou descansada, a única coisa que não consigo fazer direito é limpar a casa, ele quer colo sempre, mesmo a médica me dizendo que não posso deixá-lo no colo sempre, ele não sai de cima de mim, ele chora muito, fica sem ar até. Ele não deixa, eu o coloco dormindo e mesmo assim acorda, quer ficar junto comigo, muito grude. (Jade)*

*Me sinto bem, tranquila, passando noites em claro, mas tudo bem, estou conseguindo fazer as coisas do dia a dia normal. Meu marido também. (Lírio)*

*Estou me sentindo muito bem, realizada. Coloquei o DIU, está tudo bem e nem tenho tido cólica, melhorou muito, antes eu sentia muita cólica, muito intensa, mas agora não. Todo o meu dia é em torno dele. Ele mama, fica mais acordado, eu vou conversando com ele, já que ele não me deixa fazer nada, fico mais com ele, depois ele cansa e dorme. Estou me sentindo bem, muito bem, até meu emocional não ficou abalado, muitas mulheres têm depressão, não tive nada disso. (Jade)*

Prover o lar também é tarefa desgastante, o direcionamento às necessidades básicas da família torna o dia a dia carregado de atribuições e carências, muitas vezes sobressaindo o cuidado pessoal e individual.

*A situação está difícil, pagando aluguel, fralda pra comprar, pomada, remédio, está muito difícil. Eu tomei a injeção mês passado (anticoncepcional), mas nesse mês eu fui lá (na UBS) e eles falaram que não tem. (Azaleia)*

*Eu falei pra de fazer uma carta pra gente tentar pegar leite no posto. A gente está bem apertado porque gasta muito. Quatro a cinco latas por mês, né? Gasta muito e aí não dá. Aí minha mãe está dando, o pai dele (marido) está dando e a gente compra o que dá também. (Jade)*

A construção de sonhos futuros que representem um cuidado pessoal se torna distantes da realidade atual em meio às rotinas de atividades direcionadas ao lar e aos filhos.

*Mas eu tenho vontade de voltar a estudar, ter um emprego melhor, mas é muito difícil porque com quem vou deixar os dois (filhos) a noite? tem meu marido, mas ele não vai dar conta, chega cansado, é bem complicado para ele ficar com os dois e eu ter que ir todos os dias. (Íris)*

#### ✓ **Unidade Temática V: Construindo o cuidar através do apoio familiar**

O apoio familiar é de extrema importância para a percepção de superação dos momentos de transição que são enfrentados pelas mães na jornada de cuidado com o filho prematuro. Muitos desses momentos são, inicialmente, difíceis por brigá-las a transporem a ideação de um parto tranquilo, com o retorno ao lar junto ao RN. O nascimento prematuro impõe a volta à casa sem o filho (a), tornando essa ocasião vazia e, em acréscimo, cheia de indecisões quanto à saúde da criança. Reconhece-se,

então, que é no ambiente familiar onde se faz o primeiro encontro afetivo capaz de influenciar, positivamente, a maneira como os pais lidarão com todas as exigências impostas pela prematuridade.

*No comecinho, meus irmãos me ajudaram, até acertar a condução daqui meus irmãos, meu sobrinho, eles me ajudaram demais. Meu marido me ajuda muito, muito, muito, em tudo. Antes, todo dia eu me levantava para fazer o café dele, mas como ele sabe que eu fico a noite inteira acordada por causa do bebê, ele me falou que eu não precisava levantar não, para eu ficar na cama que ele fazia. Ele até faz a mamadeira do bebê e leva para mim. Ele me ajuda muito. (Íris)*

*Meu marido e meu filho ajudam muito, não é sempre, mas eles me ajudam bastante, meu menino também me ajuda bastante nos afazeres da casa e também, se um dia eu tirar o dia para descansar, não dá tempo de fazer os afazeres da casa, ele não critica, porque tem marido que fica bravo, né...meu marido já entende, é tranquilo. (Lírio)*

*Minha mãe veio para cá quando ele nasceu, o tempo que a gente estava no hospital, minha mãe estava aqui, ajuda a fazer algumas coisas e depois minha irmã veio também para ajudar. (Jade)*

Nas famílias compostas por mais filhos, estes também participam da transição e incorporação do novo membro, contribuindo com as atividades diárias e construindo um novo modelo de relação, garantido pelo incentivo e valorização dos pais ao aprendizado.

*Ela vem aqui todo dia (falando da filha mais velha), hoje eu estava ensinando, ela tem 14 anos, eu estava ensinando-a pegar ele do carrinho...fui com ela. Falei para ela controlar a cabeça, as costas, ela o ergueu fácil. Meu marido falou para eu ensinar porque em uma hora que ele estiver chorando, ela pode me ajudar. Ela adora. Eu o deixei com a minha mãe e ela (filha mais velha) sentou do lado do carrinho e ficou, falei para ela fazer o que precisava fazer e vir olhando de vez em quando. (Lírio)*

Em contrapartida, existe um reconhecimento do casal para a busca de uma percepção própria como pais, sendo regidos por uma necessidade individual de descoberta em relação ao filho.

*Graças a Deus eles não tem dado muita opinião (falando da família extensa), primeiro porque vocês têm dado esse apoio para a gente e depois porque não temos muitas coisas para perguntar, pois ele tem ficado bem. (Jade)*

Em todos os momentos vivenciados, o pai representa uma figura central, participativa e que exerce papel afetivo e de apoio à mãe no cuidado com a criança. Os períodos iniciais de retorno ao domicílio requerem, do casal, adaptação sobre as intensas demandas percebidas pela chegada do recém-nascido.

*Meu marido me ajuda muito, ele que faz tudo. Ai agora de manhã ele dorme porque trabalha à noite, eu consegui fazer o almoço, ele dormiu, sobrou comida para a janta, assim vai indo. (Jade)*

*Quando eu vou tomar banho ele (falando do marido) fica com o nosso filho no colo. A noite eu tive medo por não ter essas pessoas comigo, meu marido ajuda, mas não é outra mulher cuidando, mas aos poucos foi entrando no eixo. (Íris)*

Quando essa expectativa de apoio do parceiro não é contemplada, gera uma sobrecarga da mulher que, em seus afazeres com a criança e a casa, se vê solitária e desgastada.

*Quando vim para casa eu fiquei muito estressada, eu pedia ajuda, precisava ir ao banheiro, dava raiva, ele não ajuda (falando do marido), ele diz que não sabe, mas ele precisa aprender. Não é medo, é preguiça, quando a pessoa quer, ela vai tentar fazer, não é medo. (Begônia)*

#### ✓ **Unidade Temática VI: Construindo o cuidar através do uso da Posição Canguru em ambiente domiciliar**

A posição canguru foi um conceito de cuidado construído, para muitas das participantes, dentro da visita domiciliar. No caminhar do pré-natal não houve relatos de aproximação com este modelo, por vezes, iniciado em ambiente hospitalar.

*No pré-natal não recebi orientações, no berçário, uma vez, só que como, na época, começou a entrar muito bebê grave, então era assim, na parte de auxílio: 'ó, é assim, assim, assim' e aí ia pros bebês que precisavam de mais atenção. (Amarilis)*

*Eu gostei de colocar ele (falando da posição canguru), a primeira vez que peguei eu gostei, porque achei que não ia pegar ele lá no hospital. Coloquei ele no colo quando ele estava com 1500 gramas, aí depois ele começou a pegar peso rápido e foi para 2015 gramas. (Azaleia)*

*Foi muito bom fazer a posição canguru, quando eu fiz com ele lá no hospital, bem pequeno e agora eu fazendo com ele em casa. (Lírio)*

O realce da abordagem foi dado a partir do reconhecimento, pelas mães e suporte dos pais, dos benefícios da prática e do apoio profissional às descobertas advindas dessa nova experiência. As mães relatam seu uso em diversos momentos, seja com o intuito de acalmar ou de manifestar carinho ao filho através do contato pele a pele.

*Tenho feito muito, ele gosta, às vezes ele está irritado, com muita fome e enquanto eu vou preparando, fico com ele, aí já acalma. Tem dias que fazemos até a mais do que uma hora. A gente precisa fazer alguma coisa como lavar louça, ocupados, ela amarrou e daqui a pouco estava dormindo, 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. O negócio dele é dormir de barriga com a gente. (Jade)*

*Achei que ela ficou mais calma, ela dorme melhor, aumentou nosso vínculo, ficou mais com o pai dela, as vezes ela nem quer mamar, só quer ficar na posição e sentir o cheiro. (Rosa)*



*Isso trouxe um vínculo maior entre ele e eu, fazer pele a pele é muito bom, até o coração dele bate diferente, só quem passa, sabe. (Lírio)*

*Por enquanto é a posição preferida dela, ama ficar desse jeitinho. (Amarilis)*

A prática diária traz à mãe o reconhecimento real dos benefícios do contato pele a pele, que, impressos pela experiência, reforçam sua necessidade no alcance de melhores resultados na interação mãe-filho.

*Venho percebendo ser uma posição muito boa para o desenvolvimento e o vínculo comigo e com o pai dela também, além de ter o ganho de peso este mês, ela ficou com o pescocinho mais firme, ela levanta o pescocinho e fica olhando para lá e para cá não para mais (risos). Você a coloca de bruços ela fica olhando levanta o pescoço. Então criou um vínculo enorme e agora ela só quer dormir na posição canguru não quer mais dormir no berço ou na cama. (Hortênsia)*

*Vejo muitos benefícios (falando da posição canguru), 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 e quer ficar. (Hortênsia)*

A participação dos pais fortalece o alcance da prática em domicílio e aproxima o casal do cuidado com o bebê.

*Essa semana eu fiz, quase todos os dias, só no domingo e na segunda que não consegui porque eu tive que sair, aí cheguei cansada aí queria dormir aí o dia passou que nem vi. Meu marido também está fazendo. Hoje ela está fazendo 1 mês, era para eu estar tendo ela hoje né, pela idade corrigida que você me falou. (Lírio)*

*Ela não gostava de ir no colo do pai dela, aí com o canguru, agora ela vive querendo o pai dela, tem dia que ela acorda e já vai com o pai dela. Deita-se assim na posição canguru no pai e fica assim abraçadinha e aí chega até a dormir com o pai dela no peito dele. E aí eles começaram a ficar mais grudados, criou um vínculo com os dois o canguru. (Hortênsia)*

*Ele fica também (o marido), ela estava dormindo agora assim, só que ele estava com a camiseta, não estava sem camiseta, mas é como ela mais dorme. (Amarilis)*

#### ✓ **Unidade Temática VII: Construindo relações de cuidado através da rede social e atitudes profissionais**

A estrutura social composta por indivíduos e organizações, para além do âmbito domiciliar, mas complementar a este, está entre os principais temas encontrados. A trajetória de cuidado revela, por experiência vivida, uma concepção da rede de saúde que, de forma peculiar, codifica as organizações e resgata uma carência nos modos de ofertar os serviços de saúde.

*Já rodei tanto com esse menino, passei na retinóloga, aí ele teve alta, aqui no posto para acompanhar e também fomos ao neurologista. (Lírio)*

Pela exposição, é possível identificar que as mães se tornam vulneráveis pela ausência de informações dentro dos serviços de saúde. A constatação de baixo suporte da rede social favorece desarranjos constitucionais ao processo de retorno ao lar.

*Semana passada nos deram alta, mas não falaram nada sobre o acompanhamento da (nome da filha) lá, acabei não perguntando. (Lírio)*

*Pelo que eu entendo, eles (unidade de saúde do bairro) não têm esse hábito de vir visitar pós-parto, todas as minhas amigas que eu conheço também nunca tiveram essa visita no pós-parto, eles vêm mais para pessoas idosas, que não podem sair, aí vai o médico e uma das meninas do posto ne, pra consulta ou fazer um curativo. (Lírio)*

*Saímos da maternidade sem saber o que fazer, se ele tem febre não sabemos se voltamos lá, se vamos na UPA, não sabemos se aguardamos marcar consulta no pediatra, ou pagamos. Não sabemos como fazer. (Jade)*

Reforçam ainda, sobre as informações que são recebidas em instituições de saúde, quando esta se dá, parece não fazer sentido ou não se sentem seguras o suficiente para confiarem no que lhes é apresentado.

*O pessoal não sabe nem mesmo o que acontece no lugar onde trabalham. Eu me vejo como palhaça, correndo de um lado para o outro, a gente não sabe onde vai. Ninguém fala o correto. Eu pensei: vamos na UPA fazer acompanhamento dele? Ninguém falou. (Jade)*

*O que eu vi é que não conversa, sabe, por exemplo, ela passa em um lugar, não tem no sistema que ela passa lá, sabe, não tem uma integração, eu tenho que ficar contando o que foi feito em todos os lugares, sabe, fica meio separado. (Amarilis)*

*Sempre vai ter aquela moça que está há 200 anos ali no posto de saúde, ela se habituou a fazer as coisas daquele jeito, ela não vai, infelizmente, te atender direito, não que ela vá ser grossa, de forma alguma, mas a maioria é. Já tem aquela mania, não adianta. Às vezes precisa dar um curso, falar que mudou, tem que entender que mudou, está desatualizada. (Jade)*

*Temos que agradecer que tem posto em todos os lugares, em todos os bairros, por mais que percamos tempo e combustível porque recebemos a informação incorreta. É muito ruim isso, se chegássemos em um lugar e eles explicassem certo não tínhamos problema. (Jade)*

O conhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde acontece, predominantemente, entre os contatos estabelecidos dentro do ambiente hospitalar e pelos familiares. As mães, ao se encontrarem na mesma situação, percebem, a mutualidade de apoio para a superação das dificuldades. Esse movimento encobre uma lacuna importante de comunicação entre profissional-família-referência. Adicionalmente, os meios de comunicação também se mostram como veículo de informação e dúvidas.

*A nossa expertise foi que as mães que estavam com bebês internados também, fizeram um grupo e dividiram experiências, lá elas falam para onde foram, o que fizeram, como foi quando tomaram vacina, é uma troca de informação. (Jade)*

*Eu converso bastante, peguei muita amizade com uma moça, ia tomar banho na casa dela, nós duas nos revezávamos para dormir lá, aí eu ficava tranquila porque uma olhava pela outra. Quando ela ia embora eu que ficava. Sempre conversávamos pelo celular. (Íris)*

*Desde o berçário, fizemos amizades ali e conversamos sempre por mensagens. Não está dando para nos reunirmos, mas um dia iremos. Tinham mães que não gostavam muito de conversar, mas com algumas foi muito bom. Acho que o grupo fortalece. A gente pedia muita a ajuda das mães para olharem quando não estávamos, não podia pegar a criança, outra mãe, no caso, mas só de estar olhando e saber o que está acontecendo, mandar mensagem, é ótimo. (Jade)*

A rede de atenção à saúde é sempre colocada nas visitas domiciliares, de forma geral, a experiência das mães retrata uma necessidade de mudanças, uma necessidade de olhar o recém-nascido prematuro de forma diferenciada, haja visto, suas peculiaridades.

*Aqui no posto eu vou passar ainda, vai ser a primeira consulta dela aqui, depois de 2 meses. (Begônia)*

*Eu vejo que a principal dificuldade hoje: para onde eu vou? Nasceu, ligo pra quem, ficou doente, eu volto ou vou para a UPA? (Jade)*

*Eu fui no posto, mas acabei cancelando, eles falam que tudo é normal, não adianta levar, é clínico geral. Nem fui, vou no pediatra mesmo, eles já sabem. (Begônia)*

Nesse caminhar, as atitudes profissionais representam a própria organização e passam a constituir parte importante da experiência de cuidado, podendo ser expressa positiva ou negativamente e gerar resultados significantes com a chegada do bebê.

*O dia que a dra. Chegou e falou que ia mandar a gente embora porque não aguentava nós ali eu respondi que também não aguentava mais, falei a verdade dos plantões. Tinha outro plantão que cuidava bem de mim, senti que se importavam comigo. No outro parecia que eu não estava ali, quando eu pedia ajuda não vinham com boa vontade, parecia obrigação, a gente sente, não tem jeito. Elas (profissionais de saúde) não respeitavam os bebês, faziam muito barulho, cantavam alto, falavam alto a noite, achei isso muito desrespeitoso. (Íris)*

*Eu não sei lidar com falta de educação, eu choro. Lá onde ele ficou internado eu tinha medo de perguntar qualquer coisa, as vezes que eu perguntava me tratavam mal e eu só chorava, eu sou sensível nessa parte, eu choro, não sei responder, só escuto e fico quieta. (Jade)*

*Em Ibaté estamos nos sentindo mais acolhidos. Na hora da vacina, a enfermeira do posto explicou tudo. Tudo o que você havia falado, ela foi explicando. Tudo o que você fez, explicando todas as vacinas, ela fez, foi explicando tudo, que ia doer, que era para observarmos ele, para dar remédio para dor ou febre. (Jade)*

*Lá eu tinha a sensação de estar sozinha. Eu tenho síndrome do pânico e crise de ansiedade. Quando fiquei internada lá teve uma psicóloga que foi conversar comigo e falou que eu precisava fazer exercícios de respiração. Me falou que qualquer coisa era para falar com ela, se alguém me tratasse mal, era para falar. Foi a única que me deu atenção. (Begônia)*

As características dos profissionais podem tanto potencializar quanto minar a aproximação da mãe com o profissional. Isso perdura dentro do ambiente hospitalar e se estende ao contexto domiciliar. A confiança da mãe no cuidado perpassa pela forma como ela e seu filho são abordados.

*Sobre um plantão que tem lá (berçário), não gostei delas, coloquei qual plantão e o nome delas, escrevi na alta que o jeito delas não é direcionado para crianças, são muito secas. Para mim, apesar de eu já ser mãe, o que estou passando com ele (filho) é uma novidade, elas deveriam me dar mais atenção. Eu vinha embora com insegurança. Eu não via a hora de ir embora. (Íris)*

As vivências positivas também são relatadas e referem-se às pessoas que fizeram diferença nesse processo de prematuridade. A mãe relata a proximidade com as pessoas que trabalhavam no hospital no momento de sua estada e reconhece suas características como essenciais para a criação de vínculo.

*Mas assim, eu graças a Deus, fui bem recebida, bem cuidada né, criou um elo né, porque eu fiquei 12 dias internada, então assim eu já comecei a conhecer todos os plantões, todos os setores, já sabia o nome de cada enfermeiro de todos os setores da maternidade, estava quase trabalhando lá (risos) (Lírio)*

*Acho que tem mães que vão para casa com mais insegurança e cheias de dúvidas. O que me fez mais segura foi tirar as dúvidas sobre prematuridade dele, sabendo o jeito de pegar ele, como dar o leite para ele, sobretudo o que elas me ensinaram lá. (Íris)*

A vivência em unidade de cuidados intermediários fez com que Íris procurasse aprender o máximo de cuidados com o filho, foi a partir daí que reuniu instrumentos para o retorno ao lar. Nosso encontro aconteceu quando seu bebê ainda não tinha previsão de alta, estabeleci contato e, temporalmente, nos encontrávamos em minhas buscas pela unidade. O fato de nos vermos com frequência, me fez entender que estava estabelecido ali o vínculo profissional-paciente. Dessa forma, ela se sentia mais confiante em apresentar suas demandas e me encontrar enquanto apoio. [Nota de campo].

*Foi muito boa a minha experiência lá, assim por conta do risco que a gente corre e o medo também, porque meu maior medo era dela já ir para UTI de dar hipoglicemia, porque a gente começa a pesquisar começa a colocar um monte de coisa na cabeça, mas ai Graças a Deus ela nasceu até que bem. (Jade)*

Uma vez estabelecido o vínculo, a mãe é convidada a falar e se abrir, e busca, ativamente, ser atendida pelo mesmo profissional, visto que, a relação estabelecida, favorece a reestruturação dos sentimentos envolvidos na maternidade de um bebê prematuro.

*Esse pediatra que irei levá-lo cuidou do meu sobrinho que também é prematuro, ele é muito bom. Minha irmã que vai me levar. Eu gostei que foi a mesma médica que fez exames nele vai atender no ambulatório. Eu prefiro a mesma pessoa. Até falei para a minha irmã 'será que vai ser a mesma médica?' Se for outro a gente tem que explicar, falar tudo de novo, aí, quando entrei na sala e vi que era ela mesmo, eu fiquei tranquila. Ela me pediu para deitar ele, fez perguntas pra mim, perguntou se eu sabia como funcionava o exame, falei que sabia porque já tinha feito. Dá dó, mas é para o bem dele, vamos fazer o que? Melhor fazer e falar que está tudo bem do que não fazer e depois falar que tem problema. (Lírio)*

*Quando eu conversava com as meninas lá (berçário) eu falava de onde eu era elas falavam 'nossa, mas como você está fazendo para ir e voltar?' (Lírio)*

*A convivência com as pessoas lá de dentro (berçário) faz a hora passar que a gente nem vê, tanto que quando eu vi que era a mesma médica do olhinho eu fiquei mais tranquila, quando eu entrei e vi. Ainda bem que o pediatra vai ser sempre o mesmo, eu perguntei tudo, perguntei: Como vai ser? Eu gostei do pediatra que está atendendo ele, ele parece sério, mas quando conversa é brincalhão, ele falou que gostou de mim porque o tempo que eu fiquei no berçário eu aproveitei. (Lírio)*

O empoderamento materno passa pela percepção de respeito concebida pela relação mãe-criança-profissional. Esse encontro influencia o interesse individual e permite um melhor enfrentamento às novas fases de adaptação vividas pelas mães de RNPT e RBNP.

*Eu acho que os cuidados que ele recebia me tranquilizaram e eu via que não era muito difícil de eu estar mantendo, eu achava que ia ter muita coisa, que ia ser difícil pegar a prática. Eles ensinavam o passo a passo direitinho, foi um curso, eu fiquei trinta dias com ele, então, desde a internação, eles ensinavam, falavam o que poderia acontecer e como ia ser a internação. (Jade)*

*Ele até falou (médico do acompanhamento ambulatorial) que eu já sei de tudo, me falou que aproveitei bastante o tempo no berçário, é um tempo de aprendizagem. Tudo o que elas falavam lá eu ficava de olho e queria aprender, sempre perguntava e elas me explicavam tudo, o médico até me elogiou, brincou comigo. (Íris)*

Apesar de experiência com outra filha, o nascimento de um filho prematuro traz incertezas e busca de um novo conhecimento para Íris, ela se julga inexperiente por não ter vivenciado tal realidade previamente. O cuidado se torna mais cauteloso e é cercado por lutas diárias. [Nota de campo].

O acompanhamento via visita domiciliar aqui proposto, é posto enquanto estratégia necessária, não somente quando se percebe a doença ou o problema de saúde, mas enquanto apoio capaz de construir e aumentar a percepção de autossuficiência para o cuidado. As mães demonstram que o suporte de enfermagem no retorno ao lar resulta no equilíbrio dos papéis e fortalece a tomada de decisão.

*Se não tivéssemos o cuidado que vocês (profissionais da visita domiciliar – intervenção) estão tendo com a gente, assustaria. Quando ele estava com dor, ia te mandar mensagens perguntando.... a dúvida que temos tiramos com você. Se não*

*tivesse esse cuidado que vocês têm, estaríamos perguntando para nossos pais. Temos mais segurança porque você aconselha pela experiência e conhecimento que tem e recebemos a informação. Você já tinha nos falado várias coisas, quando fomos no posto, já sabíamos como ia ser. (Jade)*

O processo de visita domiciliar promove um contato duradouro e embasado na troca de experiências, em oportunidades de aprendizagem que fortalecem a confiança mútua.

*Pegamos confiança. A confiança que eu tenho é se eu perguntar algo, eu vou ser respondida de acordo com aquilo que eu preciso no momento. Não é aquela coisa que me deixa na dúvida. Sei que ter dúvida não está errado, é certo procurar pessoas para tirar a dúvida. O amparo que estamos tendo nos deixa confortáveis. As mães de primeira viagem precisam de um suporte desses, o município precisa ver. Isso aqui é caridade, chegar na casa de alguém que você nem conhece e fazer isso, é uma boa ação, é coisa de Deus. Eu espero que não acabe esse projeto. Quando ele tiver um ano e acabar o projeto, eu espero que outras famílias recebam essa boa ação, essa consulta que temos, que perguntamos. Em qualquer outro lugar é pago e é caro. Eu não esperava isso, de forma alguma em qualquer outro lugar. Eu quero que esse projeto vá adiante. Eu não vejo isso só para mim. Hoje estamos com informações simples e objetivas, amanhã começam a nascer os dentes, vem outras fases, o que fazer? Temos seu apoio. Hoje foi a primeira noite tranquila que ele dormiu a noite toda, nós que acordávamos para ver se ele estava acordado. Deus que abençoe que as coisas fiquem assim. (Jade)*

*Enquanto não entrar alguém na saúde e vocês com esse projeto. Precisa mostrar como tem que fazer, assim como vocês com esse projeto. (Jade)*

Durante a visita domiciliar, Jade refere anseios quanto ao retorno médico e cuidados necessários ao filho, aguarda a ligação do hospital para saber por onde caminhar dentro do sistema de saúde. Realizo contato na rede de saúde para informações sobre o acompanhamento do RN e família recebe ligação para consulta médica do filho. [Nota de campo].

*Aí, graças a deus, apareceu um anjo que perguntou se queríamos participar de um projeto assim. Graças a Deus deu certo. Se ela falasse que tinha conhecido na rua eu tinha falado não. É difícil lidar com uma mãe de prematuro, que não sabe nada, que fica perguntando, tem que ter muito profissionalismo e amar o que faz porque não é só pelo dinheiro. Minha vizinha está grávida e do jeito que estão as coisas, ou ela ganha aqui em casa ou eu corro com ela porque não teremos uma assistência rápida, especialmente aqui onde moramos, é afastado de tudo. Precisávamos de um lugar aqui por perto, não temos nada, posto de gasolina, polícia, nada. (Jade)*

Os relatos demonstram a importância da visita domiciliar no contexto da prematuridade e o quanto o amparo profissional pode ser um fator diretivo das ações de cuidado.

*Tem me ajudado muito, se eu tivesse vindo para casa sem nenhum suporte eu estaria perdida, se eu fosse procurar alguém para responder minhas dúvidas seria difícil, nem sempre as pessoas respondem, tem muita gente da área da saúde, mas as vezes não responde, está ocupado, não quer responder mesmo. Ter um suporte para mim é muito bom, tem me ajudado demais. (Jade)*

*Como eu não sou mãe de primeira viagem, para mim assim o pouco de dúvida que eu tive, foi o suficiente, assim o aconselhamento a visita né, mas assim se eu fosse mãe de primeira viagem acho que surgiria mais dúvidas, mas assim eu achei interessante mesmo, acho que mais mulheres poderiam participar. (Lírio)*

*Na minha outra gestação eu não tive este apoio, minha mãe estava com suspeita de dengue, minha sogra é bem idosa, meu esposo e minha irmã trabalhando, mas aí me virei sozinha aí na verdade eu li muito, não tinha essa coisa de internet que nem hoje, então aprende muito lendo. acho muito bom isso que você está fazendo. (Rosa)*

*Mas assim igual vocês, não tive esse apoio o que é muito bom e nos faz sentir segura em poder ter alguém da área para tirar dúvidas que as vezes ficamos com medo. Mas hoje estou bem segura pois ela está se desenvolvendo e crescendo bem. (Rosa)*

*Eu acho tão interessante as coisas que você faz, seu trabalho, eu falo tão bem de você e do seu trabalho, minha irmã queria vir pra te conhecer. (Lírio)*

*Vejo muito sentido, eu sou sozinha com minha filha, 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 bebe 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 anoite e mora em outro bairro, então não tenho a quem perguntar e a quem me orienta-se sobre essa posição. (Hortênsia)*

*EU acho importante porque aqui não tem esse tipo de acompanhamento, só passa no posto leva para fazer consulta, mas eles não vêm na casa para saber como está como está indo e eu acho importante 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. (Íris)*

#### **9.4 Resultados quantitativos**

Foi definido para este trabalho um nível de significância (quando admitimos errar nas conclusões estatísticas, ou seja, o erro estatístico que estamos cometendo nas análises) de 0,07 (7%). Foi utilizado um erro estatístico um pouco acima do usualmente utilizado (5%), pois como temos uma baixa amostragem, não é aconselhável sermos tão severos nas análises. Lembramos também, que todos

os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho, foram construídos com 95% de confiança estatística.

Utilizou-se testes estatísticos não paramétricos, pois foi testado a normalidade das variáveis quantitativas de desfecho principal através do teste de Shapiro-Wilks ( $N < 30$ ) e concluiu-se que não existe distribuição de normalidade assegurada.

O objetivo aqui proposto foi de comparar os resultados entre as fases. Como o protocolo é formado por questões de escala Likert, ou seja, uma escala ordinal, optou-se por trabalhar com os dados como sendo escores, onde as respostas “Nada confiante”, “Nada importante” e “Nada bem-sucedido(a)” foram pontuadas com 1 e as respostas “Muito confiante”, “Muito importante” e “Muito bem-sucedido(a)” com 7 pontos.

Assim, quanto menor a pontuação, pior o resultado e, quanto maior a pontuação, melhor. Como os dados são pareados, ou seja, o mesmo indivíduo é pesquisa e controle dele mesmo, foi utilizado o teste de Wilcoxon. Segue a comparação em cada uma das 36 perguntas.

**Tabela 1: Comparação das Fases por Pergunta**

		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	N	IC	P-VALOR
<b>PERG. 1</b>	1ª Fase	5,00	5	1,31	8	0,91	0,042
	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 2</b>	1ª Fase	5,38	6	1,85	8	1,28	0,063
	2ª Fase	6,38	7	1,41	8	0,98	
<b>PERG. 3</b>	1ª Fase	5,88	6	0,83	8	0,58	0,034
	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	
<b>PERG. 4</b>	1ª Fase	5,38	6	1,19	8	0,82	0,071
	2ª Fase	6,50	7	0,76	8	0,52	
<b>PERG. 5</b>	1ª Fase	6,38	7	1,06	8	0,73	0,180
	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	
<b>PERG. 6</b>	1ª Fase	5,75	6	1,49	8	1,03	0,480
	2ª Fase	6,13	6,5	1,36	8	0,94	
<b>PERG. 7</b>	1ª Fase	5,50	6	1,69	8	1,17	0,066
	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	
<b>PERG. 8</b>	1ª Fase	6,38	7	1,06	8	0,73	0,257
	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	
<b>PERG. 9</b>	1ª Fase	5,88	6	1,25	8	0,86	0,066
	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	
<b>PERG. 10</b>	1ª Fase	6,50	6,5	0,53	8	0,37	0,480



<b>PERG. 11</b>	2ª Fase	6,25	6,5	1,04	8	0,72	0,317
	1ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 12</b>	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	0,655
	1ª Fase	6,38	6	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 13</b>	2ª Fase	6,50	7	0,76	8	0,52	0,041
	1ª Fase	5,50	6	1,41	8	0,98	
<b>PERG. 14</b>	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	0,059
	1ª Fase	6,00	6	1,07	8	0,74	
<b>PERG. 15</b>	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	0,084
	1ª Fase	5,75	6	1,16	8	0,81	
<b>PERG. 16</b>	2ª Fase	6,50	6,5	0,53	8	0,37	0,059
	1ª Fase	6,13	6	0,99	8	0,69	
<b>PERG. 17</b>	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	0,705
	1ª Fase	6,38	6	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 18</b>	2ª Fase	6,25	7	1,75	8	1,21	0,046
	1ª Fase	6,38	6	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 19</b>	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	0,054
	1ª Fase	4,38	4	1,69	8	1,17	
<b>PERG. 20</b>	2ª Fase	5,38	5,5	1,60	8	1,11	0,577
	1ª Fase	6,13	6,5	1,13	8	0,78	
<b>PERG. 21</b>	2ª Fase	6,38	7	1,41	8	0,98	0,223
	1ª Fase	3,88	5	3,31	8	2,30	
<b>PERG. 22</b>	2ª Fase	2,13	0	3,04	8	2,11	0,046
	1ª Fase	6,00	6	0,53	8	0,37	
<b>PERG. 23</b>	2ª Fase	6,50	6,5	0,53	8	0,37	0,059
	1ª Fase	5,88	6	1,64	8	1,14	
<b>PERG. 24</b>	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	0,102
	1ª Fase	6,00	6	1,31	8	0,91	
<b>PERG. 25</b>	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	0,039
	1ª Fase	5,00	5	1,41	8	0,98	
<b>PERG. 26</b>	2ª Fase	6,25	6,5	0,89	8	0,61	0,059
	1ª Fase	6,25	6,5	1,04	8	0,72	
<b>PERG. 27</b>	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	0,038
	1ª Fase	4,50	5	2,07	8	1,43	
<b>PERG. 28</b>	2ª Fase	6,25	6,5	0,89	8	0,61	0,066
	1ª Fase	5,63	6	1,41	8	0,98	
<b>PERG. 29</b>	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	0,317
	1ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 30</b>	2ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	0,059
	1ª Fase	5,75	6	1,16	8	0,81	

<b>PERG. 31</b>	2ª Fase	6,63	7	0,52	8	0,36	0,480
	1ª Fase	3,25	3	3,49	8	2,42	
<b>PERG. 32</b>	2ª Fase	4,13	6	3,44	8	2,38	0,257
	1ª Fase	3,25	3	3,49	8	2,42	
<b>PERG. 33</b>	2ª Fase	4,25	6,5	3,54	8	2,45	1,000
	1ª Fase	3,25	3	3,49	8	2,42	
<b>PERG. 34</b>	2ª Fase	3,13	2	3,48	8	2,41	0,025
	1ª Fase	6,38	6	0,52	8	0,36	
<b>PERG. 35</b>	2ª Fase	7,00	7	0,00	8	- x -	0,414
	1ª Fase	6,25	7	1,75	8	1,21	
<b>PERG. 36</b>	2ª Fase	6,88	7	0,35	8	0,24	0,564
	1ª Fase	6,75	7	0,46	8	0,32	

A mediana é uma medida de posição, ela divide a amostra ao meio, ou seja, 50% dos indivíduos estão acima do valor da mediana e 50% abaixo. Esta é uma estatística analisada em relação à média, pois quanto mais próximo seu valor for em relação à média, mais simétrica será a distribuição e, uma distribuição assimétrica, possui uma grande variabilidade com certeza.

A variabilidade é média pelo desvio padrão. Quanto mais próximo (ou maior) esse valor for em relação à média, maior será a variabilidade, o que é ruim, pois assim não teremos uma homogeneidade dos dados.

O intervalo de confiança (IC) ora somado e ora subtraído da média, nos mostra a variação da média segundo uma probabilidade estatística. Também aqui, esses limites não têm nada a ver com o cálculo de mais ou menos um desvio padrão em relação à média. Lembrando que o IC é mais confiável pois temos uma probabilidade estatística associada em seu cálculo.

Devemos lembrar que o teste não paramétrico, não faz a comparação dos grupos pela média e sim pela posição dos dados. Mesmo não tendo utilizado a média para a comparação, podemos utilizá-la como estatística descritiva para entendermos o que ocorre nos resultados.

Concluimos que existe diferença estatística entre as fases em diversas perguntas, sendo que a maior diferença ocorreu na Pergunta 27 onde na 1ª fase a média ficou em 4,50 e subiu para 6,25 na 2ª fase ( $p$ -valor = 0,038). Outro exemplo que citamos é a Pergunta 1 onde a média aumentou de 5,00 na 1ª fase para 6,63 na 2ª fase.

Como trabalhamos com os dados sendo escores, nós então somamos todas as 36 perguntas e criamos uma pontuação geral do protocolo que pode variar de 36 a 252 pontos e então vamos comparar

as fases para essa pontuação total utilizando o mesmo teste de Wilcoxon. Mas notamos que as opções de respostas se repetem a cada 3 perguntas e então decidimos criar domínios para essas perguntas que são: Confiança, Importância e Sucesso (nesses domínios a pontuação varia de 12 a 84 pontos).

**Tabela 2: Comparação das Fases por Pontuação dos Domínios**

		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	N	IC	P- VALOR
<b>CONFIANÇA</b>	1ª Fase	64,6	67	8,1	8	5,6	0,018
	2ª Fase	75,6	75	4,7	8	3,2	
<b>IMPORTÂNCIA</b>	1ª Fase	71,5	73,5	10,0	8	6,9	0,027
	2ª Fase	77,5	77	7,3	8	5,1	
<b>SUCESSO</b>	1ª Fase	66,1	71,5	8,9	8	6,1	0,068
	2ª Fase	71,1	71	6,5	8	4,5	
<b>TOTAL</b>	1ª Fase	202,3	215	25,2	8	17,5	0,018
	2ª Fase	224,3	223	17,0	8	11,8	

Concluimos que houve um aumento estatisticamente significativo dos resultados nos domínios, onde no Total a 1ª fase teve média que ficou em 202,3 contra 224,3 na 2ª fase (p-valor = 0,018), um aumento de 10,9%.

Identificou-se que a percepção de ser capaz de trocar fraldas do prematuro, perceber a importância dos sinais do filho, lidar com o choro e agitação e sentir-se bem-sucedida na realização das tarefas são significantes para a mãe, quanto mais preparadas na alta, maior a redução da ansiedade e aumento de sua autoconfiança nos cuidados com o filho em domicílio.

Por fim, nós vamos analisar no protocolo como um todo qual o grau de concordância entre as respostas da 1ª e 2ª fases, utilizando o Índice de Concordância de Kappa.

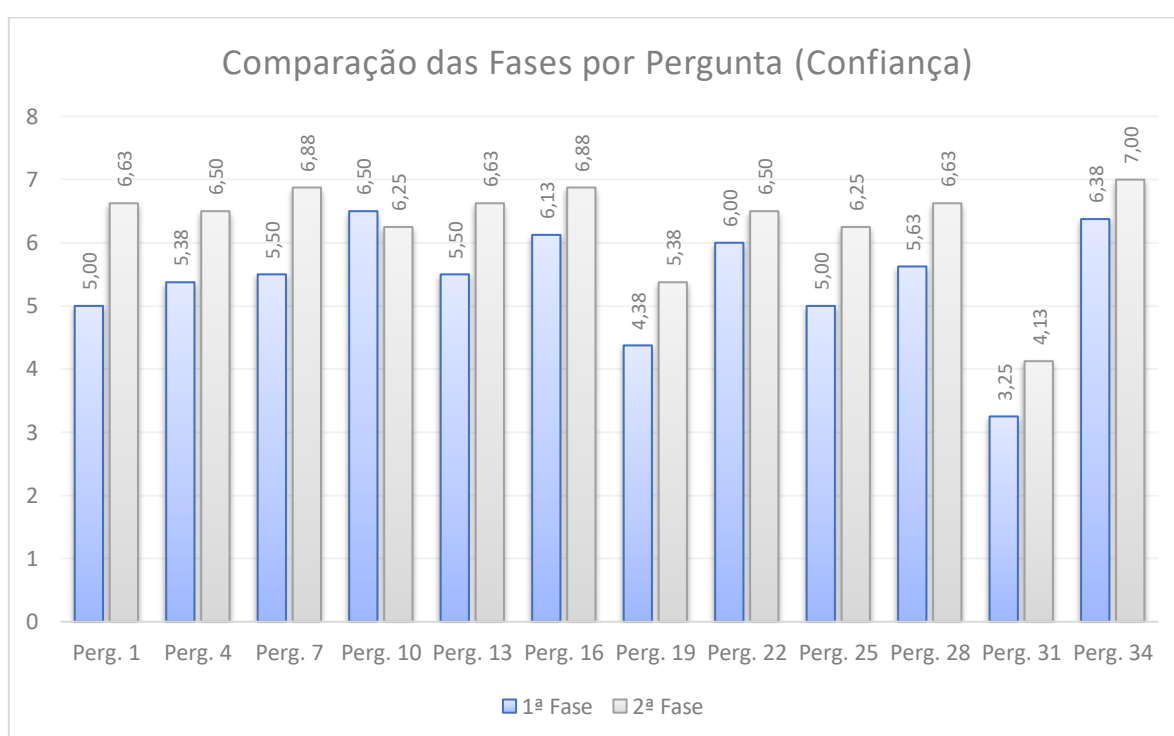
**Tabela 3: Índice de Concordância de Kappa entre as fases**

	KAPPA	P- VALOR
<b>FASES</b>	0,159	<0,001

Concluimos que o índice de concordância de Kappa de 0,159 foi considerado estatisticamente significativo, mas isso muda com o tamanho amostral para essa análise (288 valores, pois são 89 sujeitos em 36 perguntas).

### 9.4.1 Gráficos

**Gráfico 1: Comparação das Fases por Pergunta (Confiança)**



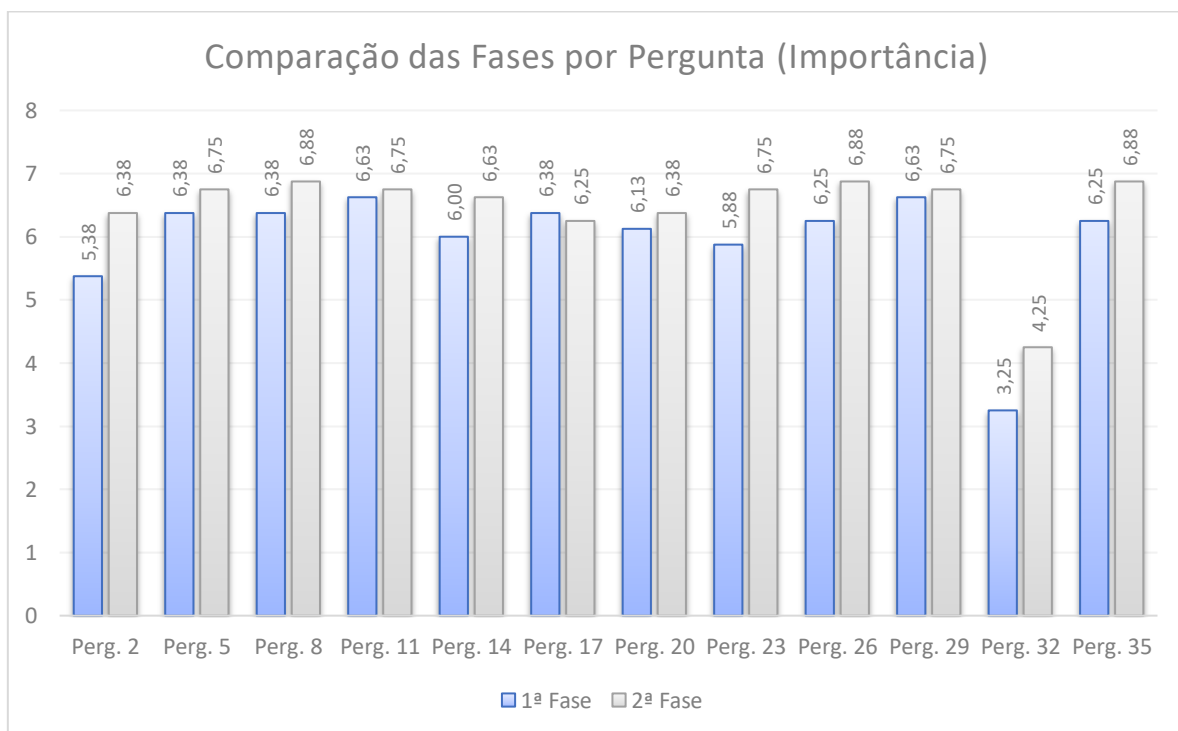
O fator “Confiança” é composto por 12 questões, a seguir: "O quanto você se sentiu confiante ao dar o banho no seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante para acalmar o seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante em alimentar o seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?"; "O quanto você se sentiu confiante em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?"; "O quanto você se sentiu confiante ao trocar a fralda do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante em seu conhecimento sobre questões relacionadas à segurança do bebê? (viagem, posicionamento etc.)?"; "O quanto você se sentiu

confiante ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante em entender os sinais do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu confiante em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)"; "O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)".

Os resultados demonstram aumento significativo na maioria dos itens comparados, isso retrata que o apoio profissional exerce influência sobre as práticas de cuidados diárias realizadas pela mãe em ambiente domiciliar, com o tempo, a leitura do filho passa a ser melhor identificada, bem como, as necessidades de alimentação e emprego de métodos seguros de sono. O item com maior resposta se refere aos resultados de confiança na leitura materna ao longo do tempo.

O item "O quanto você se sentiu confiante ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?" apresentou queda entre as duas fases, isso pode estar relacionado ao fato de que, com o crescimento, a criança apresentou maiores demandas e, com um olhar ao acompanhamento médico do prematuro, evidencia-se maior número de consultas e exames, exigindo mais da mãe.

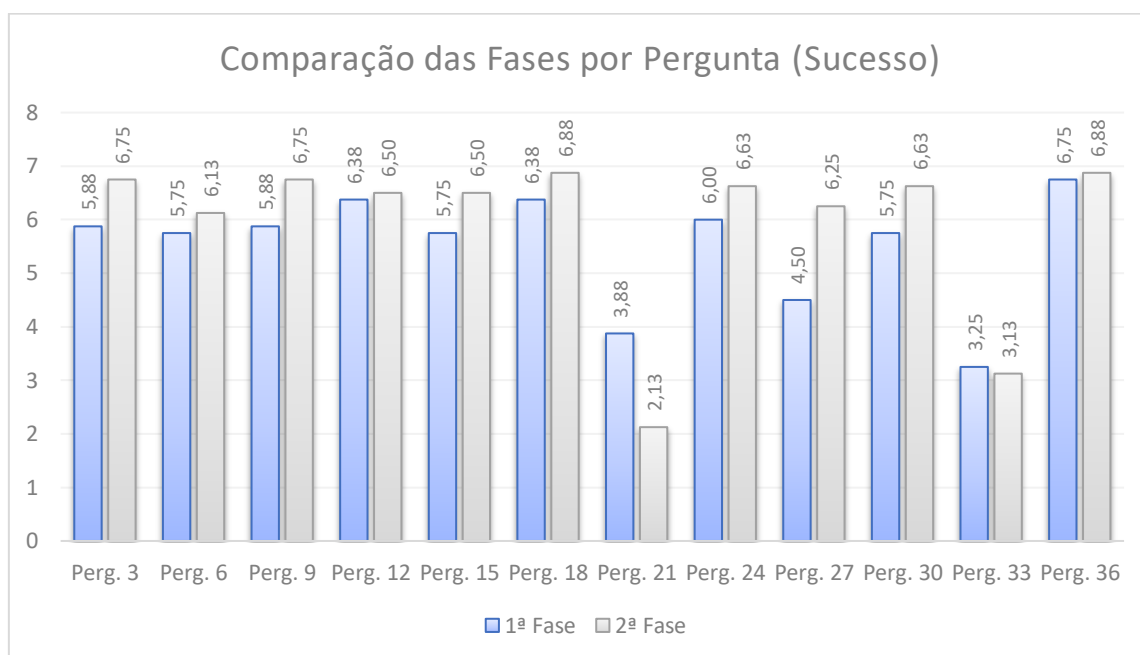
**Gráfico 2: Comparação das Fases por Pergunta (Importância)**



O fator "Importância" é composto por 13 questões, descritas a seguir: "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?"; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)" - apresenta importância relatada pela mulher cuidar dos seus outros filhos; "O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)".

Todas as perguntas apresentaram aumento estatístico se comparadas primeira e segunda fases, isso demonstra que as mães retrataram importância significativa quanto às práticas de cuidado com os filhos que se iniciam com a chegada ao lar, no momento do banho, troca de fralda, acalmar o bebê e empregar métodos de sono que levem o filho a ter uma melhor adaptação às rotinas familiares. Como passar do tempo, a mãe vai adquirindo novos olhares sobre o cuidado, voltando-se ao conhecimento sobre a segurança do bebê, acompanhamentos médicos e a participação paterna na rotina de vida diária.

**Gráfico 3: Comparação das Fases por Pergunta (Sucesso)**



O fator “Sucesso” é formado por 12 questões que são: "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao dar o banho no seu bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em acalmar o seu bebê?" - apesar do aumento, ainda é fator de preocupação; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao alimentar o seu bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao trocar a fralda do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê? (Se aplicável)"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao usar métodos de segurança para o bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em entender os sinais do seu bebê?"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)"; "O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)".

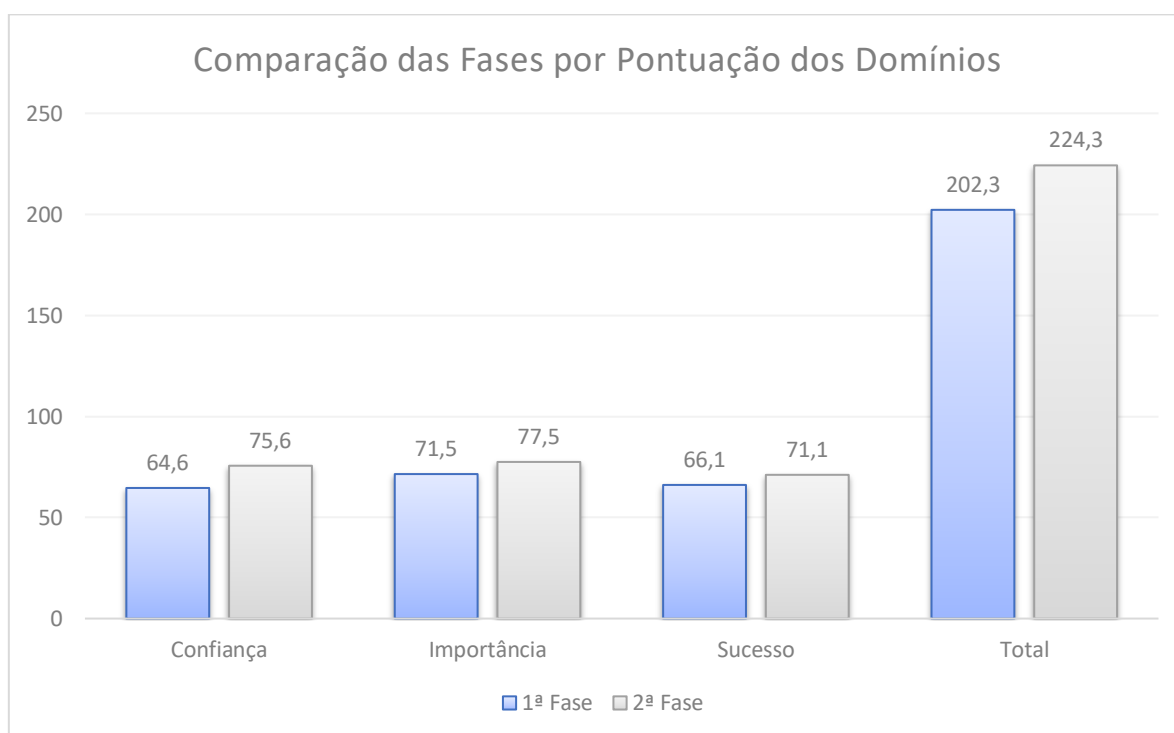
Diferente do fator anterior, o sucesso referido pelas mães quando aplicado técnicas de ressuscitação apresentou queda estatística na segunda fase, isso pode ser atribuído ao fato que, ao final do acompanhamento, a mãe se sentiu “sozinha”, sem continuidade do apoio profissional em caso de

vivenciar tal situação. Isso vai ao encontro do que foi identificado em visita domiciliar ao término do acompanhamento.

Outro item que sofreu queda foi a respeito do cuidado com os demais filhos, isso demonstra a insegurança percebida pela mãe em cuidar de todas as tarefas do lar e incluir os demais filhos no momento vivenciado ao longo do tempo. Conforme o bebê cresce, mais demandas são imputadas no ambiente domiciliar.

Ademais, os outros itens apresentaram aumento considerável evidenciando que o apoio do enfermeiro atua diretamente nas fragilidades apontadas pelas mães com relação à sua percepção de sucesso no cuidado com o filho prematuro, com o tempo, nesse caso, após quatro meses de acompanhamento, percebeu-se que a confiança materna aumentou na maioria dos itens de cuidado.

**Gráfico 4: Comparação das Fases por Pontuação dos Domínios**



✓ **Legenda**

p-valores considerados estatisticamente significativos perante o nível de significância adotado.

p-valores que por estarem próximos do limite de aceitação, são considerados que tendem a ser significativos (até 5 pontos percentuais acima do valor do alfa adotado).

- x -, quando não foi possível utilizar a estatística, nós colocamos estes símbolos.





## 10 DISCUSSÃO

A iniciativa de visita domiciliar foi realizada a fim de contemplar a mãe e a criança prematura e de baixo peso, ofertar suporte a ela na transição hospital-domicílio na estruturação do cuidado a criança nesse contexto com atenção às particularidades do RN de risco. Um dos primeiros aspectos levantados foi referente à pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2 e que, durante tais visitas domiciliares, estava no auge de sua transmissibilidade. Tal reconhecimento imputou alguns desafios à prática sugerida. O primeiro deles foi referente à abordagem das mães no ambiente hospitalar. As visitadoras se revezaram, individualmente, nas idas ao hospital, explicando o projeto e reforçando o uso de medidas de segurança contra a transmissão do vírus circulante. Sequencialmente, o aceite, para algumas mães apresentadas à pesquisa, foi dado após reafirmação das medidas protetivas; para outras, houve maior resistência por não aceitarem receber visitas domiciliares, o que resultou em várias recusas ao estudo proposto.

Nesse interim, foi necessário, adicionalmente, compreender que os problemas identificados na recusa da mãe para participação de um projeto que propunha a visita domiciliar foram parte do medo a exposição de si, medo da exposição à nova doença COVID-19 e fraca interação social das mães e familiares com os serviços de saúde após a alta hospitalar e que versam provável consequência das interações médicas complexas e dos cuidados gravídico-puerperais fragmentados (SOBEP, 2021).

Durante a abordagem inicial, as mães primíparas tenderam a ser mais receptivas ao suporte domiciliar devido à percepção de necessidade de construção de conhecimento, percebendo-se menos experientes e, por isso, tomando a ajuda profissional para se fortalecerem e reafirmarem os cuidados realizados no lar. Em contrapartida, mães com mais filhos sentiram-se mais seguras para o retorno domiciliar, porém, na vigência da prematuridade, novas demandas de conhecimentos e modos de agir antes inimagináveis, favoreceram, então, o acontecimento dessa modalidade de assistência (DA SILVA et al., 2020; VASCONCELOS et al., 2019).

Foi possível reconhecer que participar do processo de transformação ao tornar-se mãe/pai por meio de visita domiciliar depende do consentimento a uma exposição de si e do seu lar, dos modos de viver e refletir sobre a vida dentro de sua família. Esse processo expositivo é vinculado ao sentimento de colocar-se à mercê do outro, deixar-se conhecer e conhecer alguém até então estranho. Tomando como base a análise transicional proposta por Meleis e vivenciada por estas mães, é possível compreender que a recusa materna também pode estar associada à ausência de consciência e

reconhecimento do processo de transição, fato este, que acarreta resultados complexos negativos no engajamento e envolvimento maternos característicos da transição (MELEIS, 2010).

Envolto nesse contexto e iniciada a jornada de estudos e acompanhamentos maternos, o medo, sentimento presente em demasia em momento de pandemia, foi vivenciado em acréscimo por estas mães com influência no seu deslocamento aos serviços de saúde e exposição das crianças no atendimento em saúde e no assentimento de pessoas fora do círculo familiar para adentrarem seu lar (REICHERT et al., 2022).

A primeira visita domiciliar foi o momento em que profissional, mãe e familiares reforçaram cuidados impostos pela pandemia e identificaram os cuidados iniciais com o RNPT na residência. As mães demonstraram anseio por contato com um profissional de saúde que fosse capaz de transmitir segurança e apoio na transição ao lar, porém, em determinadas situações, mostraram-se bastante vinculadas ao modelo médico tradicional de avaliação clínica semelhante à consulta médica realizada em consultório, considerando insuficiente o apoio instrucional e suporte ao cuidado em ambiente domiciliar (DA SILVA et al., 2020; SCHULER; NTOW; AGBOZO, 2019).

A avaliação clínica, então, para muitas mães, se classifica como padrão fundamental para alcançar padrão de “normalidade” com a saúde biológica do filho, isso reduz as possibilidades de compreensão para uma proposta que não tenha, unicamente, este foco. O estabelecimento de vínculo e compreensão dos objetivos das visitas domiciliares, nessa situação, devem ser bem mais trabalhados pelo enfermeiro a partir do olhar de comprometimento com a abordagem ofertada (HÄGI-PEDERSEN et al., 2022).

A visita domiciliar enquanto estratégia de cuidado visa ser um espaço à continuidade de ações de saúde que extrapolam o ambiente hospitalar, diversamente, tem seu potencial limitado ao interpretar o profissional de saúde [aqui enfatizo o enfermeiro] como determinante de ações programáticas para o alcance restritivo dos problemas de crescimento e desenvolvimento infantil, negando a particularidade que se encontra imersa em cada lar e que faz com que a VD atinja seu potencial pleno (JEONG et al., 2022; PROCÓPIO et al., 2019).

Transformar o significado da VD requer deixar o entendimento apenas do ato e adentrar no espaço relacional que acontece no domicílio do outro e que pede um modo de agir profissional diferente, sem julgamentos, mas em construção conjunta (DE ABREU-D’ AGOSTINI et al., 2020). A disposição para a construção colaborativa é o maior desafio da VD pois não é seguro dizer que está clara em seu pleno significado. Ayres, 2009 aponta como primordial o processo de construção do cuidado respeitoso e dependente do outro, movimentado pela sua particularidade e não

individualidade. Logo, expõe-se uma tarefa desafiante para o enfermeiro ao mobilizar a singularidade do diálogo na construção de novas competências parentais com o reconhecimento de que os períodos transicionais são envoltos por desequilíbrios, incertezas e conflitos pessoais e sociais (AYRES, 2009; MELEIS, 2010).

Nesse sentido, para cercarem-se de segurança no processo transicional as mães identificam uma ampla necessidade de informação. Durante a estada da mãe e criança nas Unidades de Cuidados Neonatais, vários foram os momentos em que deixaram de ter informações de como proceder após a alta, a quem procurar, o que fazer e quais os recursos disponíveis e necessários ao cuidado com o seu filho. A ausência de retorno às mães sobre questões básicas de saúde torna o suporte domiciliar ainda mais crucial como uma proposta adequada que evidencia a transição ao lar como fragilizada e fragmentada (GALLO et al., 2021; OLSON et al., 2018).

Voltar ao lar é um momento cheio de angústias e incertezas, há insegurança materna quanto à percepção de ser supridora dos cuidados necessários com o bebê e exaustão física e mental, o que impossibilita identificar plenamente suas próprias necessidades, em vista disso, o apoio profissional é provedor de alívio através de reforço positivo sobre as atividades realizadas no lar (BARROS et al., 2021; GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014). Tal necessidade se fez presente nesse estudo ao identificar menores índices de confiança no cuidado com o RN no início do acompanhamento domiciliar, sugerindo que as mães apresentam mais sentimentos conflitantes no retorno ao lar, em especial, quando não se sentem munidas de conhecimento para a tomada de decisões.

A qualidade da visita domiciliar está atrelada ao tempo dispendido pelo profissional para a assistência e a intenção projetada para sua realização. A média de tempo para a VD experienciada por este estudo versa sobre 120 minutos, tempo considerado oportuno para que as pesquisadoras pudessem adentrar ao universo materno e fazer alcances na direção do cuidado intersubjetivo. Tal realidade se mostra desafiadora no cenário brasileiro pressupondo-se o número crescente de nascidos vivos no país, em especial, de recém-nascidos de risco que necessitam dos cuidados de saúde domiciliar e do quantitativo ínfimo de profissionais destinados a tal atuação (SOARES et al., 2020)

Paralelamente, o tempo de acompanhamento do binômio na VD, nesse estudo, estende-se a uma média de quatro meses, o que foi considerado satisfatório para o alcance da segurança e autoeficácia materna. Nesse período, observou-se que as mães participantes já dispunham de inteireza e pertença para o cuidado com o filho, dados que corroboram com os resultados de um estudo que demonstra que o tempo está associado a fatores sociodemográficos, médicos e ao engajamento materno

e profissional no alcance de visitas domiciliares efetivas guiadas pela compreensão sociocultural específica de cada mulher (LIU et al., 2019).

Sendo assim, deduz-se que a visita domiciliar pode funcionar como apoio social e instrumental; as ações do enfermeiro devem ser abrangentes em fornecer escuta, diálogo, orientações científicas e melhorar a qualidade de vida das mães e bebês, minimizando os efeitos adversos do parto prematuro e do baixo peso (LIU et al., 2019).

A literatura toma como necessidade um olhar equilibrado entre a abordagem abrangente e singular associada à formação de protocolos que padronizam a visita domiciliar por meio de horários, frequência, intensidade e conteúdo, bem como, a interação por meio de dispositivos móveis e uso da tecnologia em saúde, mas não faça desses elementos itens centrais e indispensáveis (LIU et al., 2019).

Os recursos eletrônicos de mensagens instantâneas podem ser tomados como auxiliares no contato e no aumento da proximidade materna com a profissional. Objetiva-se manter contato por mensagens de celular devido sua facilidade e alcance, bem como, pelo fato de ser um meio de retorno rápido, possibilitando a sustentação da conexão entre mãe e profissional. As conversas estabelecidas por mensagens dão maior flexibilização nos momentos de trocas e criam espaço para o apoio a novas informações e à colaboração em momentos de incerteza, fortalecendo a construção do vínculo e valorização da assistência pela ótica das participantes (RYBIŃSKA et al., 2022; TRAUBE; GOZALIANS; DUAN, 2022).

O fator associado ao aumento do emprego de tecnologias foi a pandemia pelo Sars-CoV-2 viabilizando o maior uso de componentes digitais; em determinados momentos foi constatado como uma ferramenta de apoio, especialmente, anterior à realização do contato presencial, quando a proximidade entre as participantes e a profissional ainda estava em construção e havia maior receio das mães e seus familiares em receberem uma pessoa estranha no lar. Apesar das recomendações de cuidados durante a vigência da pandemia, o distanciamento social e isolamento vieram acompanhados de medo e incertezas ao modelo tradicional de VD (RYBIŃSKA et al., 2022).

O encontro virtual foi benéfico durante a pandemia por ser compreendido como seguro em um momento adverso, mas mostrou-se enfraquecido ao ser utilizado continuamente (RYBIŃSKA et al., 2022). Tal observação foi constatada durante a vivência desse estudo pelo fato de que as mulheres necessitam de maior proximidade para que o envolvimento seja estabelecido, sendo assim, o contato por meios eletrônicos é um recurso a ser utilizado, mas não deve ser encarado como elemento indispensável, mas sim, como um coadjuvante e facilitador para o enfrentamento das dificuldades diárias, seja de profissionais ou pacientes (TRAUBE; GOZALIANS; DUAN, 2022).

As consultas ofertadas em nível de atenção básica em puericultura, bem como, cuidados pós-natais sofreram grande comprometimento e houve uma redução expressiva de 98,2% de consultas no período da pandemia. Esse impacto no cenário da saúde aumenta os riscos e agravos à saúde do bebê de risco que, somado à sua vulnerabilidade, sofre com a interrupção dos cuidados tidos como essenciais à sua segurança (REICHERT et al., 2022).

Cumprindo as medidas protetivas, a prática de cuidado ofertada pelos serviços de ESF são vitais em situações como as de isolamento social, sobretudo, para manter o vínculo com a população e continuidade do acompanhamento com as crianças (REICHERT et al., 2022).

As diversas mudanças nos processos de trabalho e assistência em saúde resultaram, inclusive, no aumento da vulnerabilidade do RNPT e RNBP diante à pandemia devido à descontinuidade inadvertida do Método Canguru, sendo estas decisões contrárias às recomendações dos órgãos responsáveis federais e mundiais. Tal fator foi visto como uma grande ameaça a esta população, tendo em consideração, os benefícios já comprovados cientificamente e difundidos mundialmente (REICHERT et al., 2022).

Assim como evidenciado na literatura, o uso da posição canguru também foi reduzido tanto pela sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde levando à impossibilidade de auxílio materno, como pela ausência de conhecimento e incentivo suficientes para a adoção da prática em meio ao isolamento social. Essa realidade gerou maior distanciamento de práticas de saúde de qualidade e podem ter grande influência no desenvolvimento neuropsicomotor da criança e nos índices de morbimortalidade futuros. A ausência de acompanhamento da criança prematura na Rede de Atenção à Saúde, imposta pela pandemia, também acentuou essa condição, fato que, os primeiros anos de vida de um bebê são marcados pelas experiências vividas e pelas melhores oportunidades de desenvolvimento cognitivo, físico, educacional e de saúde (REICHERT et al., 2022).

Apesar de ser garantia de um cuidado favorável e rico em benefícios, a posição canguru apresentou resultados tímidos durante as apostas da VD. Identificou-se que a maioria das mães portava pouca informação a respeito do seu significado e, como aposta desse trabalho, foi proposto a estas que vivenciassem essa experiência. O aceite aconteceu e estava envolvido na aproximação que esse cuidado é capaz de ofertar, mas os temas pautados, apesar de sua relação com a prática, são mais próximos da parentalidade e segurança do bebê de que a VD possa promover melhor crescimento e desenvolvimento do filho (FERREIRA et al., 2019; SALES et al., 2018) .

A interação entre mãe e filho é maior quando há o início precoce da posição canguru, contribuindo para desfechos favoráveis com a aproximação no período neonatal e ao longo do primeiro

ano de vida do bebê. Entre o momento da alta e o término dos seis primeiros meses de vida do bebê há um aumento do envolvimento materno, melhora na sensibilidade e resposta às demandas do filho e maior sintonia entre o binômio (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021; NUNES et al., 2017; PEREIRA; MARIA; ROLIM, 2021).

O Método Canguru, longitudinalmente, fornece informações e experiências de cuidado, bem como, apoio às mães. A equipe de enfermagem é tida como uma grande fonte de suporte emocional, cuidado e educacional para as mães que influencia positivamente nas preocupações apresentadas por estas, especialmente, na alta hospitalar (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021).

A transição do ambiente hospitalar para o domicílio é marcada por uma necessidade de adaptação e desenvolvimento de novas habilidades maternas. Fato que pode ser minimizado com o incentivo à ida dos pais à maternidade sem restrições durante o período de internação da criança, tornando-os independentes para o cuidado, apesar das barreiras encontradas nas realidades de saúde (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015). Isso também pôde ser percebido após análise quantitativa que compõe esse trabalho e que traz maiores níveis de insegurança e menor percepção de sucesso materno na alta hospitalar e que são inversamente corrigidos, à medida em que se apropriam do cuidado e tem seu potencial elevado com o apoio do enfermeiro.

O período que antecede à alta hospitalar mostrou requerer uma aprendizagem e adaptação dos pais aos cuidados com o filho em domicílio, impondo tomada de decisões a respeito da criança. O estudo apontou que a maior fonte de apoio para a mãe foi o companheiro, seguido de familiares, sugerindo a inclusão da família extensa para o preparo da alta (SILVA et al., 2021; VERONEZ et al., 2017).

A percepção de ser capaz de trocar fraldas, perceber a importância dos sinais do filho, lidar com o choro e agitação e sentir-se bem-sucedida na realização das tarefas são significantes para a mãe, assim, quanto mais preparadas na alta, maior a redução da ansiedade e aumento de sua autoconfiança nos cuidados com o filho em domicílio. Níveis de estresse da mãe no momento da alta são derivados de ambiente complexo de internação, aparência do prematuro e alterações no papel parental que influenciam negativamente na aprendizagem dos cuidados (HENRIQUES, 2021). O valor dado às habilidades parentais cresce em conformidade com a apropriação de si e do cuidado materno.

A realização de cuidados básicos como troca de fraldas, alimentação e banho nem sempre são estimuladas e a posição canguru aparece como um coadjuvante do cuidado neonatal que deveria ganhar enfoque desde o período inicial da gravidez até o retorno ao lar, mas, inversamente, apresenta entradas tímidas pelos profissionais de saúde (LUZ et al., 2022). Essas estratégias podem ser tomadas como

fortalecedoras dos vínculos, da participação e do empoderamento na condução do processo de cura gerado pelas adversidades da prematuridade (ALINEJAD-NAEINI; PEYROVI; SHOGHI, 2021).

Os enfermeiros podem facilitar a trajetória materna desde o período gravídico com o reconhecimento do momento transicional que a mulher vive, promovendo a recuperação física e emocional do processo de torna-se mãe ao utilizar da posição canguru como núcleo central do cuidado em um ambiente que favoreça a retomada à fase de acomodação do papel materno dentro da rotina de vida da mulher (ALINEJAD-NAEINI; PEYROVI; SHOGHI, 2021; CURRIE et al., 2018).

É comum que mães de bebês de risco apresentem diversas dúvidas sobre o cuidado em nível domiciliar, mesmo sendo essas mais corriqueiras, pois associam que os filhos nascidos prematuros e/ou de baixo peso são mais frágeis e susceptíveis à intercorrências. No retorno ao lar, evidencia-se maior insegurança e percepção de ausência de conhecimento e habilidades necessárias para cuidar do filho prematuro, o que, em ambiente hospitalar, é minimizado, haja visto, o apoio da equipe de saúde, em especial, o enfermeiro (SILVA et al., 2021). Dessa forma, a transição ao lar deve acontecer de forma natural e segura, empoderando a mãe e familiares para o contexto de continuidade de cuidados, ampliando seu conhecimento e habilidades através de acompanhamento frequente em ambiente domiciliar (SILVA et al., 2021).

Nos primeiros dias de regresso ao lar a alimentação como cuidado é o que mais exige da mãe atenção e preocupação; o ganho de peso advindo de um bom aleitamento materno está atrelado a questões de bem-estar, crescimento e desenvolvimento, sendo assim, tal questão é central no processo inicial no domicílio. É esse momento, visto pelas mães, que define se estão realizando adequadamente os cuidados com seu bebê (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014). A condição física do neonato é o elemento mais evidente de preocupação materna, nesse sentido, a criança alcançar crescimento e desenvolvimento pré-concebidos como “normais” é a maior demonstração de felicidade e tranquilidade materna (ALINEJAD-NAEINI; PEYROVI; SHOGHI, 2021).

No cuidado pós-alta hospitalar a alimentação é um dos principais temas geradores de dúvidas, destacando-se, sequencialmente, a amamentação, complementação e introdução alimentar. Com relação à amamentação, as dúvidas versam sobre o aumento da produção de leite, o medo de engasgos e peso do lactente (SILVA et al., 2021).

O ganho de peso é tido como fator de extrema importância para as mães de bebês prematuros e/ou de baixo peso, haja visto, que os hospitais tendem a utilizar essa medida como fator determinante à alta hospitalar, cerceando sobre esse parâmetro a responsabilidade materna em não poupar esforços para o alcance da alta e manutenção de saúde da criança (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014).



A amamentação é utilizada como fator de apoio e conexão com a maternidade. Por isso, a ordenha manual precoce deve ser encorajada e aconselhada naquelas mães que têm seus filhos internados a fim de que se possa melhorar a taxa de aleitamento materno nessa população (SUJATA et al., 2022). A separação das mães que dão à luz bebês prematuros torna a lactação difícil, atrasada e com baixo volume de extração, isso se deve ao fato de que, nessas mulheres, o aumento súbito na quantidade de leite materno se inicia tardiamente se comparadas às mães de bebês à termo e, ao encontro disso, as primíparas e mulheres submetidas ao parto prematuro têm ainda maior dificuldade na produção precoce de leite (DONG et al., 2022).

É perceptível o desejo por manter o aleitamento materno, porém, a expectativa da amamentação é diferente da realidade de medos e indecisões. Desempenhar o papel materno no contexto da prematuridade requer da mulher o envolvimento com situações e sentimentos duais e contraditórios que inclui o bebê, o parceiro, a família e a sociedade (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Com o passar do tempo e o retorno positivo alcançado pelo aumento de peso e reforço das práticas domiciliares, a mãe consegue compreender os comportamentos do bebê que indicam fome, satisfação, preguiça, sono e, assim, coloca em prática ações percebidas segundo a avaliação peculiar do seu filho (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014). Com o início dos quatro meses e o retorno precoce de muitas mães ao trabalho, o período transicional vivenciado agora por elas versa sobre a introdução alimentar, alimentos e líquidos que podem ser introduzidos, fato que também leva a mudanças na percepção de si enquanto mãe, mas em menor escala (SILVA et al., 2021).

Promover o aconselhamento individualizado no período pré e pós-natal melhora a alimentação exclusiva por leite humano em bebês prematuros. O volume de leite aumenta a cada semana com o apoio pós-natal através da realização da ordenha manual, enquanto o bebê ainda está internado (SUJATA et al., 2022). A produção de leite diminui com o estresse materno e a depressão pós-parto e aumenta com o aumento da frequência de expressão do próprio leite e contato direto pele a pele do bebê. A ordenha manual, apesar de seu efeito positivo, não foi persistente entre as mães estudadas devido ao cansaço com a rotina domiciliar e materna (RODRIGUES et al., 2014).

Mães que dão à luz bebês prematuros têm, sabidamente, a lactação difícil e atrasada, baixo volume de leite e interrupção prematura da lactação (DONG et al., 2022). Estudos apontam que a lactogênese II é o momento em que a mulher mais produz leite, isso acontece por volta de 50 a 73 após o parto. A lactogênese II tardia é definida como falha na lactogênese após 72 horas, cerca de 50% das mães de prematuros têm a lactogênese tardia. Primeiro parto e cesárea não programada podem afetar

também a produção de leite. A extração precoce pode ajudar a melhorar os índices de lactação (DONG et al., 2022; KARIMI et al., 2019).

Um estudo sobre aleitamento materno em prematuros apontou que 33,3% destes ainda eram amamentados exclusivamente por leite humano, enquanto 70,4% recebiam aleitamento misto ou fórmula infantil. O estudo também apontou que após 2 semanas de alta, o principal desafio na amamentação está associado à má técnica, por isso, são necessárias orientações frequentes para melhora das habilidades práticas à amamentação, reconhecimento dos sinais de fome e desenvolvimento de planos de alimentação mais flexíveis (DONG et al., 2022).

Existe uma preocupação materna com a fome do bebê, mães que já amamentaram são menos propensas a se preocupar com a fome infantil, mães mais jovens e com maior nível de estresse são mais propensas a serem preocupadas com a fome do seu filho, isso pode indicar que a capacidade de avaliação da fome e saciedade melhora à medida que o estresse diminui, representando uma oportunidade de intervenção de enfermagem focada no gerenciamento do estresse materno, com educação adicional antecipada aos sinais de fome e saciedade do bebê (BUSHAW et al., 2020).

O tamanho do bebê também é percebido como fator limitador das ações parentais, impedindo que as mães percebam sua capacidade de cuidar com segurança dos seus filhos em casa. Somado a isso, a percepção de crescimento e desenvolvimento da criança, atrelada à alimentação, é motivo de estresse e preocupação, motivo pelo qual a introdução de fórmula infantil se faz com grande frequência nessa população (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Nesse contexto, a educação precoce sobre o aleitamento materno e extração regular do leite pode ser benéfica para o binômio, apoiada e estudada na busca de melhor compreensão do vivido pela mãe-bebê. Percebe-se que a hospitalização promove o distanciamento entre mãe e filho, dificultando a criação de habilidades e autonomia diante os cuidados com a criança. Outro fator do desmame precoce e a falta de orientações e apoio ao aleitamento materno que se inicia desde o período do pré-natal, passa pelo ambiente hospitalar e continua no retorno ao lar, por isso a unanimidade em questões de alimentação e ganho de peso ponderal. A construção particular de engajamento materno e aproximação ao aleitamento materno se dá em um *continuum* dentro da vivência gestacional (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

No cuidado ofertado pela VD foi relatado medo pelas mães de bebês prematuros, representado por falas de pouco conhecimento ou falta de orientação acerca das atividades de cuidado diários. Dessa forma, os sentimentos de insegurança, confusão e nervosismo passam pela falta de informação e de apoio, em especial por ausência de ajuda familiar e dos serviços de saúde da rede (BARROS et al.,

2021). Nesse contexto, poucas mães não contavam com o apoio do marido e viam como ponto positivo o apoio por parte dos avós.

A busca de suporte está relacionada a quatro subcategorias: percepção da necessidade de apoio; apoio do cônjuge; apoio dos pares e apoio do cuidador. Assim, percebe-se a necessidade de apoio materno nas esferas físicas, psicológicas e emocionais para a adaptação às situações difíceis advindas com o nascimento prematuro e o cuidado que este requer. Mães de prematuros têm uma necessidade expressa de serem compreendidas e apoiadas, seja durante o período de internação e após a alta hospitalar. O apoio está centrado no alcance de estabilidade emocional e psicológica materna, sendo assim, o pai exerce função fundamental como apoiador e tranquilizador (ALINEJAD-NAEINI; PEYROVI; SHOGHI, 2021). O enfermeiro também tem papel chave no alcance de informações coerentes e melhores condições ao tratamento do bebê, sua presença é capaz de reduzir a ansiedade materna e melhorar as expectativas de cuidado materno autônomo (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014).

Mães de RN de risco retomam constantemente a importância do apoio do companheiro, fato que confirma os dados dessa pesquisa e, corroborando com isso e retomando ao primeiro contato com as mães, identifica-se que a aprovação familiar quanto às decisões da mãe as deixa mais seguras, em especial, com apoio do pai da criança (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019; STARGEL et al., 2020).

As maiores fragilidades apontadas são referentes à realização de tarefas com os filhos: troca de fralda, lidar com a agitação do filho, cuidado com o parceiro, entender os sinais do filho e no cuidado com a saúde e necessidades médicas em administrar medicamentos e comparecer em consultas médicas: áreas que devem ser reforçadas no momento da alta e em domicílio (STARGEL, 2020; STARGEL et al., 2020). Tais achados devem ser tomados como subsídios no planejamento das ações de cuidado proposta pelo enfermeiro.

Ter um bebê prematuro é difícil e traz sobrecarga física e mental com a percepção de fragilidade do bebê e sua saúde, nesse sentido, a relação conturbada com o cônjuge é tida como fator que leva à ansiedade materna e influencia na sua percepção do bebê e nas mudanças parentais (BUYS; GERBER, 2021).

Algumas mães, em contrapartida, sentiram-se apoiadas desde o início e exteriorizaram, frequentemente, o agradecimento ao suporte recebido. Evidenciou-se que, para estas mães, o sentido da visita domiciliar está vinculado ao entendimento de ser esta uma oportunidade de proporcionarem aos seus filhos o máximo de possibilidades de cuidado, de terem um profissional de saúde que esteja próximo à família e disponível para ir de encontro às suas necessidades, reafirmando o papel

desempenhado por estas. Essa reafirmação dos cuidados realizados fez com que as mães se sentissem mais seguras e abertas à exposição de suas dificuldades (STARGEL, 2020; TIITINEN MEKHAIL et al., 2019).

O apoio da família em nível domiciliar e nas tarefas domésticas é apontado como influenciador no enfrentamento dos desafios atuais enfrentados pelas mães. Pesquisa retrata que piores desfechos maternos e infantis são identificados quando as mães de prematuros se veem estressadas e com comprometimento de sua percepção parental, sendo imperativo intervenções de enfermagem em nível domiciliar que sejam eficazes no manejo dos cuidados e necessidades domiciliares. O apoio em nível domiciliar é o que apresentou maior influência sobre as mudanças nas experiências maternas, sendo valorizados o apoio profissional, familiar, conselhos e auxílio com tarefas domésticas. As experiências parecem ser universalmente compartilhadas e fonte de expectativa e ansiedade materna, sendo grande a oportunidade, dentro do ambiente hospitalar e domiciliar, de redução dessas ansiedades no uso de aconselhamento e educação profissional (BUYS; GERBER, 2021).

Embora a maternidade sugira que a mulher tenha responsabilidades sobre o bebê, no nascimento prematuro, suas experiências e conhecimento é desvalorizado, sendo negado a elas a autoridade e gerência do cuidado com o filho, então, apesar de responsáveis, são impotentes diante a separação. A autoeficácia materna está diretamente relacionada ao apoio dos pais no cuidado com os bebês prematuros. Treinar o companheiro para auxiliar a mulher reduz o estresse e ansiedade materna sendo crucial programas de intervenção que auxiliem, significativamente, no suporte dado à mãe (HADIAN SHIRAZI et al., 2022).

Os sentimentos maternos com o nascimento prematuro são diversos, assim como mostrou esse estudo, a literatura também aponta que a mãe de bebê pré-termo se sente esgotada emocionalmente e com medo. Os profissionais de saúde e o companheiro são grandes fontes de apoio ao alívio desses sentimentos. Tornar-se mãe prematuramente traz grandes desafios, em especial, a visão da mulher de ainda não ser mãe diante a separação com seu filho (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019).

O reconhecimento da importância paterna dada pela valorização do companheiro frente às atividades junto ao filho, tornam positiva a inserção do pai no fortalecimento do vínculo parental e amenizam os sentimentos de angústia e estresse materno. Após a alta, a participação do companheiro no cuidado com o filho possibilita menor momentos de insegurança pela mãe, demonstrando o quanto esse envolvimento tem consequências na história de vida do bebê e dentro do ambiente domiciliar (MATHIOLLI et al., 2021).

Uma ferramenta essencial ao processo de cuidar é a educação em saúde e a enfermeira tem papel fundamental na prática de saúde e apoio aos pais, proporcionando-lhes mais segurança, confiança e habilidade nos cuidados necessários. A confiança em sua autoeficácia está relacionada ao fato de possuírem experiência anterior de cuidado com o filho, possuindo um conhecimento prévio da atividade e tendo percepções de eficácia mais fortes, mas o apoio do enfermeiro no retorno ao lar mostrou contribuir com a percepção materna de alcance da autoeficácia (VAN DER SAND et al., 2022).

A identidade materna é resultado de um processo que se inicia na gravidez e inclui os primeiros meses de vida de uma criança. Quando há a separação da díade mãe-filho no período neonatal, o avanço nesse processo se torna restrito pela diminuição da interação e oportunidades de adaptação da mulher ao seu novo papel. Tais fatos são responsáveis por trazerem à mulher insegurança na responsabilização pelo cuidado de seu filho em ambiente domiciliar, haja visto, que suas chances de desenvolvimento de segurança e aproximação foram limitadas durante o momento de internação, não tendo esta tempo suficiente para internalizar o papel materno (VAN DER SAND et al., 2022).

Segundo o estudo realizado por Gonzáles e Espitia, 2014, o tempo médio em que as mães de prematuros começaram a se sentir seguras e confortáveis com os cuidados da criança em casa foi de sete semanas, uma média de 2 meses para atingirem a percepção de autoeficácia, bem como foi percebido por este estudo, onde as mães iniciaram o processo de acompanhamento domiciliar com diversas inseguranças e incertezas e, com o passar do tempo, foram adquirindo consciência de sua articulação aos vários elementos do cuidar.

O medo foi se amenizando à medida que os dias se passavam e as mães se tornavam mais autossuficientes e seguras (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014). A interação com outras mães que passaram por experiências parecidas também torna o sofrimento compartilhado, assim, as mães de crianças de risco têm em seus pares figuras de apoio, alcance de informações e incentivo (GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014).

O cuidado materno perpassa pelo território do bebê, assim, as mães não são vistas e, por conseguinte, são negligenciadas pela equipe de saúde. A capacidade de oferecer cuidado materno em situações de prematuridade beneficia a relação de cuidado entre mãe-filho através de tarefas e processos mais suaves e com prioridade na singularidade de cada binômio, almejando o menor distanciamento possível (CESCUTTI-BUTLER; HEWITT-TAYLOR; HEMINGWAY, 2020).

O fator impulsionador de confiança é a educação em saúde, para muitas mães de prematuros há um desejo de aprender os cuidados com o filho a fim de que sejam realizados em casa e, mesmo

com maior conhecimento, esse é um momento desafiador que as coloca frente ao novo, sem apoio de pessoas que até então assistiam, majoritariamente, o bebê (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Gradativamente, a observação atenta e o conhecimento dos comportamentos do filho trazem à mulher a percepção de que seu engajamento lhe trouxe mais calma e melhores decisões na realização dos cuidados diários. O apoio do enfermeiro, de fato, é primordial nessa fase de retorno ao lar, pois favorece a condução de ações voltadas ao progresso da mulher no processo de tornar-se mãe, fundamentando e oportunizando uma base sólida de ajuda e contato precoce e contínuo entre mãe e filho (BREIVOLD et al., 2019; VASCONCELOS et al., 2019).

Enquanto intervenção de saúde que acontece no lar, a visita domiciliar permite maior proximidade com as participantes e acesso aos diversos componentes presentes no contexto familiar; dada essa observação, as participantes tiveram maior propensão a aceitarem a visita domiciliar quando a continuidade do acompanhamento foi projetada para acontecer junto à visitadora inicial, a pessoa ao qual o contato primário foi realizado. Tal opção, percebida no decorrer do estudo, foi sendo reafirmada pelas falas maternas de confiança e estabelecimento de vínculo com a profissional. Essa observação foi um elemento primordial para a identificação do componente inicial do vínculo, as mães aceitaram participar do projeto pelo objetivo a elas exposto, mas, o maior impacto versa sobre o profissional; é este que tem o papel de proporcionar o espaço para que aconteça a escuta e, conseqüentemente, o alcance das necessidades apresentadas, da atenção e comunicação sensível (BURRELL et al., 2018).

Cabe ao profissional de enfermagem possibilitar momentos de aproximação à autoeficácia no percurso de apropriação do papel materno e construção de sua autonomia. A autonomia materna é um movimento progressivo que se constrói com ações realizadas repetidas vezes com auxílio e orientação profissional. O sentimento de segurança leva as mães a constatarem sua autoeficácia na função de cuidadora dos próprios filhos (VERONEZ et al., 2017).

Os profissionais de saúde podem auxiliar ou dificultar a aproximação à maternagem. Quando solidários, facilitam a compreensão materna sobre os cuidados com o recém-nascido, colocam a mãe no papel central da vivência materna, mesmo que, em ambiente hospitalar. Quando o contrário se estabelece, a mãe se sente privada dessa experiência, o que torna essa oportunidade de construção partilhada um momento de medo e solidão (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019).

A literatura evidencia essa complexidade das relações ao trazer uma percepção profissional de que quando as mães demonstram bons traços de maternidade a equipe de saúde as recompensa com mais apoio e informações, em contrapartida, mulheres rotuladas como 'difíceis', correm maior risco de

receberem um tratamento coercitivo e com mais disciplina (CESCUTTI-BUTLER; HEWITT-TAYLOR; HEMINGWAY, 2020).

O tornar-se mãe parece estar envolto em uma estrutura formada de regras, regulamentos e vigilância externa que ditam como ser uma “boa mãe” e as características que determinam uma “má mãe” na visão profissional. Com essa polarização, as mulheres tendem a se sentir oprimidas, ansiosas e inseguras diante do cuidado com seu filho e apropriação das suas próprias experiências maternas (ALINEJAD-NAEINI; PEYROVI; SHOGHI, 2021).

As informações passadas pelos profissionais de saúde são valiosas e movimentam as ações das mães para a composição de sua percepção de cuidado, logo, a transição para maternidade traz grandes anseios e é no profissional de saúde que estas identificam a base para seu fortalecimento individual. Os desafios das mães no nascimento de um bebê prematuro são amenizados com o diálogo entre estas e os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro. As experiências retomam essa aproximação como fonte de aprendizagem, força e apoio diante às barreiras enfrentadas no cotidiano de internação e no preparo para a alta hospitalar (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019).

Esse período de transição requer grande participação de ambas as partes a fim de proporcionar um ambiente seguro de vida ao bebê que retorna ao lar. Priorizar atividades de treinamento e promover a escuta ativa na individualidade dos pais, torna esse processo menos estressante e frustrante (LUNDQVIST; WEIS; SIVBERG, 2019).

Embora as mães participantes desse estudo tivessem feito acompanhamento de pré-natal convencional, não se sentiram empoderadas para o cuidado de seus bebês e não tiveram, a despeito desse estudo, nenhum tipo de apoio profissional durante o retorno ao domicílio, sendo evidente as falas de descontentamento quanto aos serviços de saúde e ausência de contribuição da equipe de unidades básicas.

Os serviços de saúde são tidos pelas mães como peças fundamentais para estabelecerem o vínculo profissional, mas ainda se propõem a cuidar de maneira isolada, dependendo da mãe a procura pelos serviços o que torna a construção do diálogo fragilizada devido a peregrinação dentro do sistema de saúde e diminuição da potencialidade das interações entre as pessoas, sejam elas agentes ou atores do cuidado. (BARROS et al., 2021).

Nesse contexto, o suporte domiciliar está associado, por verbalização materna, a práticas de saúde positivas e, mesmo tendo uma estrutura política pública de saúde destinada para tal fim e que se utiliza da visita domiciliar, percebem como uma ação nova, que não está inserida na realidade da

população, apesar de sua estruturação teórica ser muito difundida (FRACOLLI; RETICENA; CHIESA, 2018).

A busca por informação, como movimento inicial das mães, vem associada à consulta em redes sociais sobre todas as questões não supridas e que se associam o período vivenciado, desde a descoberta da gravidez, parto, internação hospitalar e cuidados em residência; a cada momento de transição da criança, as mães sentem a necessidade de informações que as deixem mais confortáveis e seguras na realização dos cuidados domiciliares (FRACOLLI; RETICENA; CHIESA, 2018; SILVA et al., 2020a).

Preocupações frequentes dos pais com relação à ida para casa: alimentação do lactente, segurança do bebê, a falta de cuidado e apoio emocional em casa afetam negativamente o estresse materno e as experiências de cuidado, diminuindo a percepção autoeficácia materna, mas devem ser apostas a partir do papel do enfermeiro. A preocupação com o certo, o medo de estar errando, associado às cobranças sociais que atravessam as mulheres acerca dos cuidados com os filhos inibem o desenvolvimento da autoeficácia e da autonomia para o processo transicional da maternidade, podendo levar ao *burnout* parental que é induzido pelo esgotamento físico e emocional envolto nos desafios que são postos pela criação dos filhos e que acarretam o distanciamento relacional e comprometimento da construção da parentalidade (PAULA et al., 2021) .



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O núcleo da visita domiciliar foi envolto em convidar as mães para participarem de um cuidado que se faz pertinente, em especial, para essa população de risco, mas as necessidades maternas estavam envolvidas por um núcleo comum relacionado à amamentação e dificuldade de compreensão da criança, mas que também se fazem presentes nos recém-nascidos a termo.

Apesar de focarmos o baixo peso e a prematuridade, as necessidades trazidas são similares à um bebê a termo, a não ser as que envolvem características específicas de desenvolvimento e maior risco de infecção. Os temas abordados sobre crescimento, alimentação e segurança também se envolvem na essência do cuidado com o bebê a termo.

Isso faz-nos pensar sobre a importância de trazeremos o cuidado com o recém-nascido no pré-natal enfatizando a importância da longitudinalidade e a relevância de momentos em que existam trocas de conhecimento comuns ao período e que fazem com que essas mães não estejam nulas de conhecimento no momento do nascimento do filho, ao ver-se como mães.

Projetos onde as preocupações maternas são expostas, espaços onde a mulher possa pensar sobre suas particularidades, independentemente de como se dará o parto, pré-termo, termo ou pós-termo, devem ser fomentados a fim de serem berço preparatório ao tornar-se mãe, com maior escuta para as mulheres que ainda estão imersas nos elementos básicos e elementares do cuidado pós-parto.

O contato pele a pele é um catalisador que vai permitindo à mãe sentir mais o seu filho como pessoa, mas a centralidade dos cuidados biológicos se sobressai, não se chega à particularidade envolvida na posição canguru porque os elementos básicos ainda permeiam a história inicial de reconhecimento de si enquanto mãe e que foram pouco trabalhadas durante o pré-natal pelo não investimento em relações intersubjetivas e dialógicas como pauta Ayres.

Se o processo de parentalidade não foi suportado ou tematizado durante o pré-natal, a mulher precisará se aproximar dos elementos gerais para somente depois pensar as particularidades do cuidado, em especial, como bebê de risco. Assim, a mãe do RNPT e RNBP precisa realizar essa construção simultaneamente com o nascimento de risco nas internações em unidades intensivas e intermediárias, fortalecendo o que é elementar e deixando que outras apostas, como a posição canguru, apareçam timidamente e não as deixando caminhar plenamente para a autonomia materna.

Sendo assim, as apostas acontecem com suas limitações devido ao fato de a mãe ainda vivenciar o questionamento de quem é ela, não conseguindo evoluir para outras dimensões; a dificuldade de aceitação na participação da pesquisa no domicílio devido interferências da família, ruídos sociais, manutenção da privacidade, demandas da mãe relacionadas aos afazeres domésticos, cuidados com o filho e a pandemia pelo Sars-CoV-2, mostram que o processo de transição vivenciado é rico em sentimentos contraditórios que ora facilitam, ora dificultam a aproximação à parentalidade.

Pensar a parentalidade é um processo premente aos profissionais e instituições de saúde desde o planejamento reprodutivo e pré-natal a fim de compreender como a mulher projeta os cuidados com RN e, apesar de serem projeções que podem ou não acontecer, o acolhimento e espaço relacional deve caminhar ao alcance de melhores resultados em saúde, revelando os núcleos elementares do cuidado neonatal e o tornar-se mãe e avançando para dimensões afetivas que só podem ser construídas a medida em que essas mulheres constroem sua autonomia e se permitem adentrar profundamente o vínculo entre mãe e filho.

A visita domiciliar com base nos referenciais propostos foi promotora de empatia às necessidades advindas das transições que passam as mães de recém-nascidos de risco, não imputando a elas obrigações e modos de agir que as desconsidere, mas ofertando um contato que dê suporte às dificuldades que se alteram com o passar do tempo e com o crescimento infantil. Todos os momentos de transição são evidenciados pelas mães como de suma importância e, em cada fase, vestem-nas de novos desejos e novas maneiras de ser e agir. A trajetória de cuidado do RNPT e RNBP é constituída por intensos movimentos que envolvem a maternidade, ora as mães se veem fortalecidas, ora fragilizadas e é nesse deslocamento constante de necessidades que tomam o bem-estar do filho enquanto objetivo principal do suporte do enfermeiro que, ao longo do tempo, alcança a transformação que se constitui de apoio à maternagem.

Conclui-se então que houve um aumento da autoeficácia percebida pela mãe comparando-se o início e o final do acompanhamento em visita domiciliar a partir do Instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* – Versão Brasileira. Isso demonstra que receber visita domiciliar qualificada pelo profissional enfermeiro e com suporte ao uso da posição canguru pôde predispor a mãe do RNPT e RNBP à maior percepção de confiança para o cuidado com o filho. Durante a internação e na alta hospitalar a mãe recebe grande carga de informações a respeito dos cuidados com a criança, tal achado fortalece a importância da continuidade do cuidado em nível domiciliar que se utilize do conhecimento materno, familiar e científico e que se baseie em ações promotoras de respeito ao binômio como aqui apresentado.

Nessa conjuntura, é necessário transparecer os alcances desse trabalho no que diz respeito à cultura da maternagem no contexto social de tornar-se mãe/pai de RN de risco e que percorre a Rede de Atenção à Saúde de forma isolada, fragmentada e aquém dos alcances que o Método Canguru é capaz de proporcionar. Cabe aqui uma reflexão sobre a relevância de se tomar a longitudinalidade dos cuidados em saúde apoiadas na promoção do Método Canguru e que dão sustentação à parentalidade e à transformação dos modos de agir profissional e social que ainda estão fortemente centrados na cura do corpo e isolados das experiências particulares de cuidar em sua dimensão plena.

## REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS

- ALINEJAD-NAEINI, M.; PEYROVI, H.; SHOGHI, M. Self-reinforcement: Coping strategies of Iranian mothers with preterm neonate during maternal role attainment in NICU; A qualitative study. **Midwifery**, v. 101, 1 out. 2021.
- ALVES, F. N. et al. Impacto da segunda e terceira etapas do método canguru: do nascimento ao sexto mês. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro - RECOM**, v. 11, n. 4200, 2021.
- AMORIM, T. S. et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. p. 1–9, 2022.
- ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**, v. 70, n. 1, p. 210–219, 2017.
- APARECIDA, I. et al. Adaptação Transcultural Do Instrumento De Autoavaliação Do. v. 72, n. Suppl 3, p. 1–12, 2019.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2015.
- AYRES, J. R. D. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Editora do ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 1
- AYRES, J. R. D. C. M. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. p. 1–18, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Almedina ed. [s.l.] Edição 1, 2011.
- BARROS, P. L. L. M. DE et al. Avaliação das crenças parentais no cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, 31 dez. 2021.
- BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 112, p. 1–9, 2010.
- BEATRIZ, M.; GUIMARÃES, L. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1–13, 2020.
- BENCZIK, E. P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. Psicopedagogia**, v. 28, n. 85, p. 67–75, 2011.
- BENETTI, I. C. et al. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v. 9, n. 16, p. 89–99, 2013.
- BERNARDINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 567–578, 2017.
- BILOTTI, C. C. et al. Método Mãe Canguru para recém-nascidos de baixo peso: revisão da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 587, 2017.
- BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha / Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801–822, 2021.
- BONES ROCHA, K. et al. HOME VISIT IN THE HEALTH FIELD: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 1, p. 170–185, 17 abr. 2017.

- BORCK, M.; DOS SANTOS, E. K. A. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS**, v. 31, n. 4, p. 761–768, 2010.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. RENE**, v. 11, n. N° especial, p. 142–149, 2010.
- BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Ministério da Saúde ed. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. HumanizaSUS. **Ministério da Saúde, secretaria executiva, núcleo técnico da política nacional de Humanizaçã**. Brasília, p. 1–19, 2004.
- BRASIL. **Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde ed. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde ed. Brasília: 2 v.:il, 2012a. v. 1
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. **Manual Técnico - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. Ministério da Saúde ed. Brasília: 2. ed. reimpr, 2013.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Ministério da Saúde ed. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**. BrasilMinistério da Saúde, , 2016a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém - nascido**. Ministério da Saúde ed. Brasília: 3.ed., 2017.
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém - Nascido Diretrizes de Cuidado: Método Canguru - Diretrizes de Cuidado**. Ministério da Saúde ed. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica**. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Painel de monitoramento da mortalidade infantil e neonatal** . Disponível em: <<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- BRASIL, M. DA S. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 19 mar. 2020.
- BRASIL, M. S. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. IOSR Journal of Economics and Finance**, v. 3, n. 1, p. 56, 2016b.
- BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Ministério ed. Brasília: [s.n.].
- BREIVOLD, K. et al. Mothers' experiences after coming home from the hospital with a moderately to late preterm infant – a qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 33, n. 3, p. 632–640, 1 set. 2019.
- BURRELL, L. et al. Mother and Home Visitor Emotional Well-Being and Alignment on Goals for Home Visiting as Factors for Program Engagement. **Maternal And Child Health Journal**, v. 22, n. Suppl 1, p. 43–51, 2018.

- BUSHAW, A. et al. Infant feeding beliefs and practices: Effects of maternal personal characteristics. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 25, n. 3, 1 jul. 2020.
- BUYS, K.; GERBER, B. Maternal experiences of caring for preterm infants in a vulnerable South African population. **Health SA Gesondheid**, v. 26, 2021.
- CAÇOLA, P.; BOBBIO, T. G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: A realidade atual. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 1, p. 70–76, 2010.
- CAETANO, C. Efeito da prática do método canguru na formação e fortalecimento do vínculo mãe-bebê : uma revisão sistemática. v. 22, n. 1, p. 23–34, 2022.
- CESCUTTI-BUTLER, L.; HEWITT-TAYLOR, J.; HEMINGWAY, A. Powerless responsibility: A feminist study of women’s experiences of caring for their late preterm babies. **Women and Birth**, v. 33, n. 4, p. e400–e408, 1 jul. 2020.
- CHAN, G. et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: A systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 10, p. 1466–1475, 2017.
- CLARA, A.; PEREIRA, A. Desdobramentos da aplicação do método canguru no contexto brasileiro: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 2022, p. 1–12, 2022.
- CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- CONOVER, W. U. *Practical Nonparametric Statistics*, 1ª edição, New York, John Wiley & Sons, 1971, 462 págs.
- COSTA, C. A. F. E. R. S. I. M. O. S. A. H. L. C. N. P. S. Práticas educativas sobre planejamento reprodutivo.pdf. **Saude coletiva**, v. 12, n. 74, 2022.
- CREPALDI, M. A.; S. DE O. MOLINARI, J.; M. C. SILVA, M. D. F. Saúde E Desenvolvimento Da Criança: a Família, Os Fatores De Risco E As Ações Na Atenção Básica. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 43, p. 17, 2017.
- CRUZ, M. R.; SEBASTIÃO, L. T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Distúrbios Comun.**, v. 27, n. 1, p. 76–84, 2015.
- CUNHA, A. C. B.; EROLES, N. M. DOS S.; RESENDE, L. M. “Tornar-se mãe”: Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. **Interação em psicologia**, v. 24, p. 279–287, 2020.
- CURRIE, G. et al. Caring for late preterm infants : public health nurses ’ experiences. p. 1–8, 2018.
- DA NÓBREGA MAZZO, M. H. S.; DE BRITO, R. S.; DOS SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 663–667, 2014.
- DA SILVA, A. A. M. Intervenções precoces para a redução de vulnerabilidades e melhora do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 3, p. 1–3, 2019.
- DA SILVA, E. P.; DE LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935–2948, 2016.
- DA SILVA, R. M. M. et al. Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1–8, 2020.
- DATASUS. **Informações de Saúde - Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>>. Acesso em: 1 fev. 2020.
- DATASUS. **Nascidos vivos - Cidade de São Carlos**.



- DE ABREU-D' AGOSTINI, F. C. P. et al. Experiences of interaction between teenage mothers and visiting nurses: a phenomenological study\*. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 54, p. 1–7, 2020.
- DE ANDRE CARDOSO-DEMARTINI, A. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 55, n. 8, p. 534–540, 2011.
- DE SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. DE LA Ó. R. Child development: Analysis of a new concept. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1097–1104, 2015.
- DE SOUZA, M. C.; BARBOSA FELIPE, A. O.; CÔRTEZ GRADIM, C. V. Compreendendo a Relação da Família com o Crescimento e Desenvolvimento Infantil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 694, 2019.
- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa Saúde da Família**. Revista de Saúde Pública. **Anais...**São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.
- DONG, D. et al. A prospective cohort study on lactation status and breastfeeding challenges in mothers giving birth to preterm infants. **International Breastfeeding Journal**, v. 17, n. 1, 1 dez. 2022.
- FARIAS, S. R. et al. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.
- FERREIRA, D. DE O. et al. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. 1–7, 2019.
- FIGUEROA PEDRAZA, D. Baixo Peso Ao Nascer No Brasil: Revisão Sistemática De Estudos Baseados No Sistema De Informações Sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS**, v. 12, n. 41, p. 37–50, 2014.
- FORTUNATO, F. et al. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘ dogmas ’. p. 265–276, 2017.
- FRACOLLI, L. A.; RETICENA, K. D. O.; CHIESA, A. M. A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência \*. p. 1–8, 2018.
- GALLO, V. C. L. et al. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e79, 2 dez. 2021.
- GONZÁLEZ, M. P. O.; ESPITIA, E. C. Caring for a premature child at home: From fear and doubt to trust. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 828–835, 2014.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 9555, p. 60–70, 2007.
- GUPTA, N. et al. Systematic review confirmed the benefits of early skin- skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. n. October 2020, p. 2310–2315, 2021.
- HADIAN SHIRAZI, Z. et al. The effect of training the fathers to support their wives on stress and self-efficacy in mothers of premature newborns hospitalized in NICU: a quasi-experimental study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.
- HÄGI-PEDERSEN, M. B. et al. Comparison of video and in-hospital consultations during early in-home care for premature infants and their families: A randomised trial. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 28, n. 1, p. 24–36, 1 jan. 2022.
- HENRIQUES, N. L. Ações de cuidado e necessidades essenciais de prematuros após a alta hospitalar: revisão de escopo. v. 25, n. 4, p. 1–13, 2021.

- IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ibate.html>>.
- IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/porto-ferreira.html>>.
- IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/descalvado.html>>.
- IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/dourado.html>>. Acesso em: 9 out. 2020a.
- IBGE. **Cidades e Estados**. Acesso em: 9 out. 2020b.
- IBGE. **Panorama do município de São Carlos - SP**.
- IBGE. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>>. Acesso em: 7 out. 2022.
- IBGE, I. B. DE G. E E. **Panorama São Carlos**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sao-carlos/panorama>>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- JAIRO, SIMON DA FONSECA & GILBERTO DE ANDRADE MARTINS, Curso de Estatística, 6ª Edição, Editora Atlas – São Paulo 1996, 320 págs.
- JANTSCH, L. B. et al. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 5, p. e20200524, 2021.
- JEONG, S. et al. What Should Be Considered When Evaluating the Quality of Home Care? A Survey of Expert Opinions on the Evaluation of the Quality of Home Care in Japan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, 1 fev. 2022.
- KARIMI, F. Z. et al. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 58, n. 1, p. 1–9, 2019.
- KONSTANTYNER, T.; PEREIRA, B. B.; CAETANO, C. Benefícios e desafios do método canguru como estratégia de humanização e saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 22, n. 1, p. 7–9, 2022.
- KUAMOTO, R. S.; BUENO, M.; RIESCO, M. L. G. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, v. 74, n. Suppl 4, p. 1–7, 2021.
- LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659–668, 2005.
- LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 192–207, 2014.
- LAUSANNE NO BRASIL, T. DES HOMMES. **Convenção sobre os direitos da criança**. Fortaleza: Terredes Hommes, 2014.
- LINS, L.; PEDRAZA, D. F. Velocidade de crescimento de crianças de uma coorte até o sexto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5777–5792, 2021.
- LISIANE, M.; MORAES, D. Único de Saúde: desafios e potencialidades potentialities. p. 592–604, 2017.
- LIU, N. et al. **Effects of home visits for pregnant and postpartum women on premature birth, low birth weight and rapid repeat birth: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials**. **Family Practice**Oxford University Press, 1 out. 2019.

- LOPES, T. R. G.; SANTOS, V. E. P.; CARVALHO, J. B. L. DE. The presence of the father in the kangaroo method. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, p. 1–5, 2019.
- LUCENA, D. B. DE A. et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 2017–0068, 2018.
- LUNDQVIST, P.; WEIS, J.; SIVBERG, B. Parents' journey caring for a preterm infant until discharge from hospital-based neonatal home care—A challenging process to cope with. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 15–16, p. 2966–2978, 1 ago. 2019.
- LUZ, S. C. L. et al. Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. v. 75, n. 2, p. 1–8, 2022.
- MARIANA, R.; SANTOS, D. S. Prevalência e fatores associados ao baixo peso em recém-nascidos a termo \*. p. 1–8, 2021.
- MAROCO, João, *Análise Estatística com utilização do SPSS*, 2ª Edição, Editora Silabo, Lisboa 2003, 508 págs.
- MARQUES, E. P. Infância e políticas públicas: a intersetorialidade como estratégia de atenção integral à saúde da criança. **Sociedade em Debate**, v. v. 16, n., p. 107–120, 2010.
- MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. The ecological approach of Urie Bronfenbrenner in studies with families. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 0–0, 2004.
- MATHIOLLI, C. et al. O cuidado paterno ao filho prematuro no ambiente domiciliar: representações maternas. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021.
- MAZZA, M. M. P. R. a Visita Domiciliária Como Instrumento De Assistência De Saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 4, n. 2, p. 60–68, 1994.
- MELEIS, A. I. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: [s.n.].
- MELLO, D. F. DE et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 52–60, 2014.
- MENDES, G. M. et al. Crescimento de prematuros nos primeiros dois anos. v. 9, n. 2, p. 104–110, 2019.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 28, p. 1–13, 2019.
- MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. 14e edição ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). PORTARIA GM/MS Nº 2.228, DE 1º DE JULHO DE 2022**. Brasil, 2022. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228\\_01\\_07\\_2022.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html)>. Acesso em: 17 nov. 2022
- MINKOVITZ, C. S.; NEILL, K. M. G. O.; DUGGAN, A. K. Home Visiting: A Service Strategy to Reduce Poverty and Mitigate Its Consequences. **Academic Pediatrics**, v. 16, n. 3, p. S105–S111, 2016.
- MURRAY, R. SPIEGEL, *Estatística Coleção Schaum*, 3ª Edição, Editora Afiliada, São Paulo 1993, 640 págs.
- MUSTAPHA, S. S. et al. Enterobacter agglomerans, an uncommon cause of community-acquired bacterial infection in neonates. v. 68, n. 6, p. 1–4, 2022.
- NACIONAL, C. **LEINº 9.263**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2020.

- NETO, R. M. et al. Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. S21, p. 21–30, 2011.
- NUNES, C. R. DO N. et al. Relação Da Duração Da Posição Canguru E Interação Mãe-Filho Pré-Termo Na Alta Hospitalar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 2, p. 136–143, 2017.
- OLIVEIRA, J. L. C. DE; MAGALHÃES, A. M. M. DE; MISUEMATSUDA, L. Métodos Mistos Na Pesquisa Em Enfermagem: Possibilidades De Aplicação À Luz De Creswell. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–8, 2018.
- OLSON, T. et al. Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers. **Primary Health Care Research and Development**, v. 20, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Survive & thrive**. [s.l: s.n.]. v. 29
- PAULA, A. J. DE et al. **Parental burnout: a scoping review**. **Revista brasileira de enfermagem** NLM (Medline), , 2021.
- PEDRAZA, D. F.; LINS, L. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 5329–5350, 2021.
- PENNELL, C. et al. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. **Infant Behavior and Development**, v. 35, n. 4, p. 678–688, 2012.
- PEREIRA, V. A.; MARIA, O.; ROLIM, P. Interação Mãe-Bebê: A Relação Entre o Processo de Vinculação e as Práticas Parentais. v. 25, 2021.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 9º edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- POMBO, M. F. Família, filiação, parentalidade: novos arranjos , novas questões. v. 30, p. 1–10, 2019.
- PORFIRIO, D. et al. Aspectos do processo de colonização e infecção por *Staphylococcus aureus* no período neonatal - resgate de evidências. **Diversitas Journal** , v. 6, p. 3250–3267, 2021.
- PORTARIA N.º 141/2018. **Ministério da Saúde**. [s.l: s.n.].
- PREZOTTO, K. H. Tendência da mortalidade neonatal evitável nos Estados do Brasil. v. 21, n. 1, p. 301–309, 2021.
- PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 592–604, abr. 2019.
- RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863–1876, 2016.
- REICHERT, A. P. DA S. et al. Repercussões da pandemia da Covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe, 2022.
- REIS, R. F. et al. Contribuições Históricas E Políticas Para a Formação De Agentes Comunitários. v. 11, p. 98–120, 2006.
- RETICENA, K. DE O. et al. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. e3213, 2019.
- RODRIGUES, A. P. et al. Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014.

- ROVER, M. M. S. et al. Risk factors associated with growth failure in the follow-up of very low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 92, n. 3, p. 307–313, 2016.
- RYBIŃSKA, A. et al. Transitioning to virtual interaction during the COVID-19 pandemic: Impact on the family connects postpartum home visiting program activity. **Infant Mental Health Journal**, v. 43, n. 1, p. 159–172, 1 jan. 2022.
- SALES, I. M. M. et al. Contributions of the nursing team in the second stage of the Kangaroo-Mother Care Method: Implications for hospital discharge of the newborn. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1–8, 2018.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS. **Maternidade Santa Casa de São Carlos**. Disponível em: <<http://santacasasaocarlos.com.br/page.php?name=maternidade>>. Acesso em: 9 dez. 2019.
- SANTOS, A. DE L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência Pré-Natal: Satisfação E Expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, p. 109–116, 2010.
- SANTOS, D. C. DA S. S.; PEREIRA, M. DOS S. Efetividade do Método Canguru em Relação à Redução da Mortalidade e Morbidade Neonatal. **Ensaio - Centro Educacional Anhanguera de Campo Grande . MS, Brasil**, v. 22, n. 3, p. 186–193, 2016.
- SANTOS, L. L. et al. Método Canguru: Estratégia humanizada e benéfica para os recém-nascidos. **Research, Society and Development**, v. 2021, p. 1–10, 2021.
- SÃO CARLOS, S. M. **Prefeitura Municipal de São Carlos**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadao/saude.html>>. Acesso em: 9 abr. 2020.
- SAÚDE. **MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Brasília: Versão 5, 2020.
- SAÚDE, M. DA. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. [s.l: s.n.].
- SAVASSI, L. C. M. **Visita Domiciliar**. n. Vd, p. 45, 1988.
- SCHNEIDER, L. R. et al. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde Evidence-based practice in the context of Primary Health Care. p. 594–605, 2018.
- SCHULER, C.; NTOW, G. E.; AGBOZO, F. Mothers' Experiences with Neonatal Care for Low Birth Weight Infants at Home; A Qualitative Study in the Hohoe Municipality, Ghana. **Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families**, v. 45, p. E44–E52, 2019.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 269–279, 2004.
- SILVA, C. G. DA et al. Cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar: investigação das demandas familiares. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 2, 30 abr. 2021.
- SILVA, L. A. et al. Redes de apoio no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro: um relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, 2020a.
- SILVA, M. S.; RIBEIRO, P. M. **VISITA DOMICILIAR COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**. Brasília: [s.n.].
- SILVA, R. M. M. et al. Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, v. 73, n. Suppl 4, p. 1–9, 2020b.
- SIQUIERA, L. D. E. **AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR EM PROGRAMAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A REALIDADE BRASILEIRA**. n. 5, p. 0–2, 2021.

- SOARES, A. R. et al. **Ideal time for home visits to newborns: An integrative review.** *Ciencia e Saude Coletiva* Associação Brasileira de Pos - Graduação em Saude Coletiva, 1 ago. 2020.
- SOBEP, S. B. DOS E. P. **CUIDADO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E À FAMÍLIA SOBEP.** 1.ed. ed. São Paulo - SP: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021.
- SOUSA, S. C. DE et al. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 13, n. 2, p. 298–306, 2019.
- SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–108, 2010.
- STARGEL, L. E. et al. Maternal Engagement in a Home Visiting Program as a Function of Fathers' Formal and Informal Participation. **Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research**, 2020.
- STARGEL, L. E. Maternal Engagement in a Home Visiting Program as a Function of Fathers ' Formal and Informal Participation. p. 477–486, 2020.
- SUJATA, S. et al. Effect of antenatal and postnatal individualized counseling of mothers on exclusive human milk feeding in preterm infants during hospital stay and at discharge: A randomized controlled trial. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 28, n. 1, p. 31–36, 1 fev. 2022.
- TIITINEN MEKHAIL, K. et al. Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 102, 2019.
- TILKIAN, C. A. Cenário da Infância e. 2022.
- TOMA, T. S. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. v. 13, p. 231–238, 2000.
- TRAUBE, D.; GOZALIANS, S.; DUAN, L. Transitions to virtual early childhood home visitation during COVID-19. **Infant Mental Health Journal**, v. 43, n. 1, p. 69–81, 1 jan. 2022.
- TRISTÃO, R. M. et al. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 277–286, 2015.
- VAN DER SAND, I. C. P. et al. A Influência da Autoeficácia sobre os Desfechos do Aleitamento Materno: Estudo de Revisão Integrativa. **Rev. Contexto & Saúde**, v. 22, n. 45, p. 1–18, 2022.
- VASCONCELOS, M. L. et al. Care for children under six months at domicile: primiparae mother's experience. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019.
- VELOSO, F. C. S. et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 5, p. 519–530, 2019.
- VELUDO, C. M. B.; DE CAMARGO VIANA, T. Parentalidade e o desenvolvimento psíquico na criança. **Paideia**, v. 22, n. 51, p. 111–118, 2012.
- VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e60911, 20 jul. 2017.
- VIANA, J. C.; CUNHA, N. N.; LEÃO, R. A. KANGAROO METHOD: EFFICACY OF NURSING CARE FOR NEWBORN INFANTS WITH LOW BIRTH WEIGHT. **Journal of Specialist**, v. 3, n. 7, p. 1–13, 2019.
- VIEIRA, Sônia, *Bio Estatística Tópicos Avançados*, 2ª Edição, Editora Campus, Rio de Janeiro 2004, 212 págs.
- VIEIRA, Sônia. (1991). *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Campus.

VILELA, M. E. DE A. et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 789–800, 2021.

WHO. **Um em cada sete bebês em todo o mundo nascem com baixo peso**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5935:um-em-cada-sete-bebes-em-todo-o-mundo-nascem-com-baixo-peso&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5935:um-em-cada-sete-bebes-em-todo-o-mundo-nascem-com-baixo-peso&Itemid=820)>. Acesso em: 19 jan. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. Bookman ed. Porto Alegre: [s.n.]. v. 2º edição

ZIRPOLI, D. B. et al. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 547, 2019.

ZORNIG, S. M. A. J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanalítico**, v. 42, n. 2, p. 453–470, 2010.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. The concept of medicalization in michel foucault in the 1970s. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 66, p. 721–731, 2018.

## APÊNDICES

---



## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Suporte domiciliar do enfermeiro e uso da posição canguru na construção da autoeficácia materna: estudo de casos múltiplos” 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*”(APARECIDA et al., 2019). 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 (BRASIL, 2018b). 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.

Em virtude das dificuldades apresentadas pela situação de pandemia causada pelo Coronavírus Sars-CoV-2 (COVID-19), acrescento 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 serão adotadas em conformidade com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (SAÚDE, 2020), que foi produzido pelo Ministério da Saúde para orientação das condutas dos profissionais que trabalham com a Atenção Primária à Saúde, então, reforço o cuidado que tomaremos durante as visitas domiciliares: 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. Adotaremos a etiqueta respiratória e as formas de cumprimento e contato social preconizadas para a situação atual. 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.

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.

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 as graduandas de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos Gabriele Petrucelli e Thamires Lameira Maraz, as quais integram o grupo de visitadoras, 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.

Participante da pesquisa (mãe da criança): \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B

### Termo de Assentimento (Em caso de participante menor de 18 anos)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Suporte domiciliar do enfermeiro e uso da posição canguru na construção da autoeficácia materna: estudo de casos múltiplos” 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*”(APARECIDA et al., 2019). 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 (BRASIL, 2018b). 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.

Em virtude das dificuldades apresentadas pela situação de pandemia causada pelo Coronavírus Sars-CoV-2 (COVID-19), acrescento 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 serão adotadas em conformidade com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (SAÚDE, 2020), que foi produzido pelo Ministério da Saúde para orientação das condutas dos profissionais que trabalham com a Atenção Primária à Saúde, então, reforço o cuidado que tomaremos durante as visitas domiciliares: 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. Adotaremos a etiqueta respiratória e as formas de cumprimento e contato social preconizadas para a situação atual. 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 participar dessa pesquisa o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. 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.

As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, a minha orientadora Professora Monika Wernet, a mestrandia Bárbara de Souza Coelho Legnaro e as graduandas de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos Gabriele Petrucelli e Thamires Lameira Maraz, as quais integram o grupo de visitadoras, 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 o responsável por você poderá desistir de sua participação e retirar seu consentimento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você e seu responsável receberão 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](mailto:cephumanos@power.ufscar.br).

Participante da pesquisa (mãe da criança): \_\_\_\_\_

Responsável legal pela participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### (Para responsável legal por mãe adolescente participante da pesquisa)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Suporte domiciliar do enfermeiro e uso da posição canguru na construção da autoeficácia materna: estudo de casos múltiplos” 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*”(APARECIDA et al., 2019). 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 (BRASIL, 2018b). Cabe mencionar que, para eu não esquecer sobre o que foi conversado, todas as visitas serão gravadas em áudio. Em outro momento eu pretendo transformar tudo em texto para discutir o suporte às mães que tiveram crianças prematuras e de baixo peso que participaram da pesquisa. Assim, um dos benefícios da pesquisa é essa contribuição para as práticas

dos profissionais de saúde, em especial de enfermeiros. Outro benefício é contar comigo de forma regular para acolher as demandas e perguntas no que diz respeito ao cuidado da criança. Ainda, como uma das condições do estudo é fazer uso da posição canguru, a adolescente 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 participação? Precisamos dizer que sim, imaginamos que pode ser possível 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 a adolescente 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 a 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 apoiá-los, ter sensibilidade e atenção para manifestações e sinais sugestivos de desconforto e/ou preocupação, validando-os com a adolescente os mesmos e conversando sobre como eu posso ajudar, inclusive deixando-a 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.

Em virtude das dificuldades apresentadas pela situação de pandemia causada pelo Coronavírus Sars-CoV-2 (COVID-19), acrescento 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 serão adotadas em conformidade com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (SAÚDE, 2020), que foi produzido pelo Ministério da Saúde para orientação das condutas dos profissionais que trabalham com a Atenção Primária à Saúde, então, reforço o cuidado que tomaremos durante as visitas domiciliares: 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. Adotaremos a etiqueta respiratória e as formas de cumprimento e contato social preconizadas para a situação atual. 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 participar dessa pesquisa você deverá autorizar e assinar este termo de consentimento e o termo de assentimento, juntamente com a adolescente. 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.

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 as graduandas de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos Gabriele Petrucelli e Thamires Lameira Maraz, as quais integram o grupo de visitadoras, 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 poderá desistir da participação da adolescente e retirar seu consentimento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Vocês receberão 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 da participação da \_\_\_\_\_ na pesquisa e concordo com sua participação. 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.

Participante da pesquisa (mãe da criança): \_\_\_\_\_

Responsável legal pela participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNCIDE D

### Questionário Sociodemográfico e Clínico

#### 1. Dados pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Cidade onde mora: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) viúva ( ) união estável ( ) namora e mora separadamente

( ) separada ( ) outros \_\_\_\_\_

Raça: ( ) branca ( ) parda ( ) negra ( ) amarela ( ) índia

Quem mora com você? (Quantas pessoas e o grau de parentesco):

Qual tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) outro: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados ocupacionais

Escolaridade:

( ) sem instrução ( ) Fundamental completo ( ) Fundamental incompleto ( ) Médio completo ( )

Médio incompleto ( ) Superior completo ( ) Superior incompleto ( ) Pós-Graduação ( ) Mestrado ( )

Doutorado

Profissão: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Renda familiar: ( ) Nenhuma ( ) Inferior a 1 salário mínimo ( ) De 1 a 3 salários mínimos ( ) De 3 a

6 salários mínimos ( ) De 6 a 10 salários mínimos ( ) Maior que 10 salários mínimos

Quem colabora com a renda familiar:

#### 3. Dados do pré-natal e pós-parto

Gravidez: ( ) Acompanhada ( ) De risco ( ) Não acompanhada

Comente:

---

---

Gestação: ( ) Simples ( ) Múltipla

Primeira gravidez: ( ) Sim ( ) Não Quantas anteriores: \_\_\_\_\_

Fez o acompanhamento pré-natal:

( ) Sim Quantas consultas: \_\_\_\_\_

( ) Não Por que: \_\_\_\_\_

Foi apresentada ao método canguru no pré-natal: ( ) Sim ( ) Não

Comente:

---

---

---

Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Foi apresentada ao método canguru durante sua permanência na Maternidade: ( ) Sim ( ) Não

Comente:

---

---

---

Se sim, teve dificuldades para a realização do método: ( ) Sim ( ) Não

Comente:

Teve participação familiar durante o pré-natal, parto e pós-parto: ( ) Sim ( ) Não

Comente:

Dos sentimentos abaixo, quais estavam presentes com a chegada do bebê:

( ) Medo ( ) Solidão ( ) Abandono

( ) Tristeza ( ) Desejo de fugir ( ) Tarefas demais para mim

Desânimo  Culpa  Felicidade

Ansiedade  Choro frequente  Plenitude

Irritada  Medo de ficar sozinha com o bebê  Prazer/ Animação

Outros:

---

---

---

---

# APÊNDICE E

## Artigo de revisão integrativa



Artigo de Revisão

### VISITA DOMICILIAR ÀS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E BAIXO PESO

**Resumo:** Mapear a literatura científica acerca de elementos que constituem e amparam a visita domiciliar direcionada às mães de recém-nascidos de baixo peso e prematuros. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir da consulta em seis bases de dados nacionais e internacionais, de abril a junho de 2020, tendo sido identificado um total de 28 artigos. Identificou-se 6 categorias relevantes para a qualidade da visita domiciliar direcionada à mãe de recém-nascido prematuro e de baixo peso: cuidados com a saúde do recém-nascido, cuidados com a saúde materna, parentalidade, família, rede social e atitudes profissionais. Conclui-se que a abordagem do enfermeiro para mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso em ambiente domiciliar é fundamental e influencia de maneira positiva as transições esperadas a partir do nascimento e que estão cerceadas por cuidados técnicos, de escuta e apoio para a reorganização familiar e empoderamento materno.  
Descritores: Visita Domiciliar, Mães, Recém-Nascido Prematuro, Recém-Nascido de Baixo Peso.

Home visits to mothers of premature and low birth weight newborns

**Abstract:** To map the scientific literature about elements that constitute and support home visits directed to mothers of low birth weight and premature newborns. This is an integrative review, carried out from the consultation in six national and international databases, from April to June 2020, with a total of 28 articles identified. 6 relevant categories were identified for the quality of home visits directed to the mother of premature and low weight newborns: newborn health care, maternal health care, parenting, family, social network and attitudes professionals. It is concluded that the nurse's approach to mothers of premature and low birth weight newborns in the home environment is fundamental and positively influences the expected transitions from birth and that are surrounded by technical care, listening and support for family reorganization and maternal empowerment.  
Descriptors: Home Visit, Mothers, Premature Newborn, Low Birth Weight Newborn.

Visitas domiciliarias a madres de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer

**Resumen:** Mapear la literatura científica sobre los elementos que constituyen y sustentan la visita domiciliar dirigida a madres de bajo peso al nacer y recién nacidos prematuros. Se trata de una revisión integradora, realizada a partir de la consulta en seis bases de datos nacionales e internacionales, de abril a junio de 2020, con un total de 28 artículos identificados. Se identificaron 6 categorías relevantes para la calidad de las visitas domiciliarias dirigidas a la madre de recién nacidos prematuros y de bajo peso: atención de la salud del recién nacido, atención de la salud materna, paternidad, familia, redes sociales y actitudes profesionales. Se concluye que el acercamiento de la enfermera a las madres de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer en el ámbito del hogar es fundamental e influye positivamente en las transiciones esperadas desde el nacimiento y que están rodeadas de atención técnica, escucha y apoyo para la reorganización familiar y el empoderamiento materno.  
Descriptores: Visita Domiciliar, Madres, Recién Nacido Prematuro, Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer.

Ana Izaura Basso de Oliveira  
Universidade Federal de São Carlos.  
Departamento de Enfermagem. São Carlos -  
SP, Brasil.  
E-mail: [izaizaura@gmail.com](mailto:izaizaura@gmail.com)

Monika Werne  
Universidade Federal de São Carlos,  
Departamento de Enfermagem. São Carlos-  
SP, Brasil.  
E-mail: [monika.wernet@gmail.com](mailto:monika.wernet@gmail.com)

Bárbara de Souza Coelho Legnaro  
Universidade Federal de São Carlos.  
Departamento de Enfermagem. São Carlos -  
SP, Brasil.  
E-mail: [barbaralegnaro@gmail.com](mailto:barbaralegnaro@gmail.com)

Thamires Lameira Maraz  
Universidade Federal de São Carlos.  
Departamento de Enfermagem. São Carlos -  
SP, Brasil.  
E-mail: [thamires.maraz@gmail.com](mailto:thamires.maraz@gmail.com)

Isabela Corasini  
Universidade Federal de São Carlos.  
Departamento de Enfermagem. São Carlos -  
SP, Brasil.  
E-mail: [icorasini@gmail.com](mailto:icorasini@gmail.com)

Gabriele Petrucelli  
Universidade Federal de São Carlos.  
Departamento de Enfermagem. São Carlos -  
SP, Brasil.  
E-mail: [gabi.petrucelli@hotmail.com](mailto:gabi.petrucelli@hotmail.com)

Submissão: 19/04/2021  
Aprovação: 23/10/2021  
Publicação: 19/12/2021

Como citar este artigo:

Oliveira ALB, Wernet M, Legnaro BSC, Maraz TL, Corasini I, Petrucelli G. Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e baixo peso. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):339-350.

DOI: <https://doi.org/10.24276/recien2021.11.36.539-550>



539



## Introdução

A ampliação histórica das Políticas Públicas de Saúde que se voltam ao período gravídico-puerperal buscam esforços e estabelecem diretrizes para a diminuição das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal<sup>1,2</sup>. A assistência precoce ao recém-nascido e à puérpera no Brasil tem como foco a humanização da assistência, os direitos reprodutivos e de cuidado integral da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, incluindo, o cuidado com a saúde da criança<sup>3,4</sup>.

Os programas de visita domiciliar proporcionam continuidade ao cuidado em nível residencial, intervindo em ações que contribuem para o desenvolvimento infantil e saúde materna<sup>5,6</sup>. A visita domiciliar deve ocorrer logo na alta hospitalar, sendo indispensável para o reconhecimento do contexto familiar e social da família. Desta forma, proporciona uma avaliação geral de saúde para a continuidade do cuidado, aumenta o vínculo mãe-bebê-família e profissional visitador e gera um ambiente favorável à orientação dos cuidados parentais<sup>7,8</sup>.

O enfermeiro é o principal gerenciador deste movimento de cuidado no domicílio devido à sua capacidade de supervisão e orientação para outros profissionais. Além dessas características, possui formação direcionada para o cuidado de saúde da família, apresentando habilidades básicas e ampliadas que, quando sistematizadas, proporcionam um melhor acompanhamento à puérpera e recém-nascido<sup>9</sup>.

Em contrapartida, pesquisas demonstram que a formação do enfermeiro não se amplia a esta prática, havendo uma precária atuação no cuidado domiciliar

em relação ao recém-nascido prematuro e de baixo peso<sup>10,11</sup>, acrescido de ensinamentos de enfermagem que se voltam, majoritariamente, ao modelo de cuidado centrado na doença, com ênfase apenas no domínio hospitalar<sup>12-14</sup>.

Neste sentido, o artigo tem como objetivo mapear a literatura científica acerca de elementos que constituem e amparam a visita domiciliar direcionada a mães de recém-nascidos de baixo peso e prematuros, visto que, a fragilidade na oferta deste cuidado pode dificultar a vivência materna no período crítico de retorno ao lar.

## Material e Método

Revisão integrativa da literatura que teve como início as etapas de desenvolvimento: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; criação de dados; coleta, resumo e relato dos dados<sup>15</sup>.

Utilizou-se a estrutura mnemônica PCC para a formulação da pergunta de pesquisa, sendo, P – População; C – Conceito; C – Contexto. A partir disso, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Como dar suporte à mãe de recém-nascidos de baixo peso e prematuros através da visita domiciliar em tempos de alta hospitalar?”.

Formulada a pergunta de pesquisa, as pesquisas ocorreram nas bases de dados MEDLINE, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), CINAHL, EMBASE, Web of Science e Scopus a partir de abril de 2020 seguindo até junho/2020.

**Tabela 1.** Bases de dados, estratégias de buscas e referências.

Recurso de Informação	Estratégia de busca	Referências Recuperadas	Referências selecionadas por título/resumo
Medline	Mother AND House Calls	334	74
	Support Social AND Mother AND House Calls	102	23
	Infant, Low Birth Weight AND House Calls	24	3
	Infant, Premature AND House Calls	12	3
BVS	Mãe AND Visita domiciliar	78	12
	Apoio Social AND Mãe AND Visita domiciliar	17	2
	Recém-nascido de Baixo peso AND Visita domiciliar	6	3
	Recém-nascido prematuro AND Visita domiciliar	4	3
CINAHL	Mother AND House Calls	327	39
	Support Social AND Mother AND House Calls	37	6
	Infant, Low Birth Weight AND House Calls	4	3
	Infant, Premature AND House Calls	7	3
EMBASE	Mother AND House Calls	490	35
	Support Social AND Mother AND House Calls	32	6
	Infant, Low Birth Weight AND House Calls	6	0
	Infant, Premature AND House Calls	6	3
Web of Science	Mother AND House Calls	97	2
	Support Social AND Mother AND House Calls	12	1
	Mother AND Home Visits	1620	52
	Infant, Low Birth Weight AND House Calls	4	0
Scopus	Infant, Premature AND House Calls	3	0
	Mother AND Home Visits AND Postpartum	514	10
	Support Social AND Mother AND House Calls AND Postpartum	276	7
	Infant, Low Birth Weight AND House Calls	3	0
	Infant, Premature AND House Calls	3	0

Fonte: Pesquisa.

Como critérios de inclusão foram utilizados: Estudos primários, empíricos, quantitativos, qualitativos que abordassem a temática proposta, publicados nos últimos 10 anos, em espanhol, inglês e português. Foram excluídos os trabalhos que não

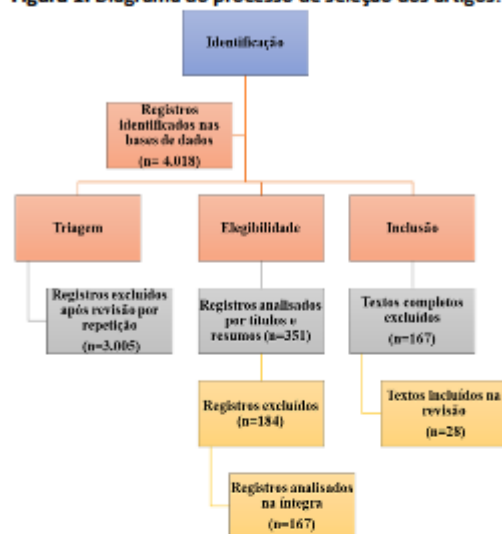
focassem o objetivo do estudo e procedeu-se a caracterização segundo título, autores, ano, periódico de publicação, objetivo, delineamento e método. Os títulos e resumos selecionados seguiram com leitura e análise pelo pesquisador principal com o

intuito de identificar os artigos elegíveis, assim, as objeções apresentadas foram discutidas entre três revisores para o alcance de um consenso<sup>16,17</sup>.

## Resultados

A estratégia de busca identificou um total de 4.018 artigos, sendo 3.005 repetidos. Trezentos e cinquenta e um artigos foram mantidos para análise dos títulos e resumos, sendo 184 excluídos. Cento e sessenta e sete artigos foram mantidos para análise na íntegra com o objetivo de identificar componentes que respondessem à pergunta de pesquisa. Cento e trinta e sete foram excluídos por não contemplarem a resposta necessária para o artigo, sendo, selecionados, ao fim, 28 artigos para compor a revisão<sup>18</sup>.

Figura 1. Diagrama do processo de seleção dos artigos.



Fonte: Pesquisa.

Os artigos selecionados foram detalhados a fim de evidenciar respostas direcionadas ao objetivo da pesquisa, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Artigos selecionados segundo título, ano, objetivo do estudo, desenho do estudo, população e país de estudo.

Artigo	Ano	Objetivo	Desenho do estudo	População	País
A call for better care: the impact of postnatal contact services on women's parenting confidence and experiences of postpartum care in Queensland, Austrália <sup>(19)</sup>	2014	Avaliar o impacto de um serviço de contato pós-natal sobre a experiência e qualidade de cuidados para mulheres de Queensland	Estudo de Coorte retrospectiva observacional	Mães (n=3.724)	Austrália
Effectiveness of Postpartum Homecare Program as a New Method on Mothers' Knowledge about the Health of the Mother and the Infant <sup>(20)</sup>	2018	Avaliar o efeito do cuidado domiciliar pós-natal para o conhecimento das mães sobre si e seus bebês	Estudo clínico, randomizado, controlado	Mães (n=64)	Irã
Exploring mother's perspectives of an intensive home visiting program in Australia: A qualitative study <sup>(21)</sup>	2013	Explorar e descrever as perspectivas de mães de um programa intensivo de visitas domiciliares de enfermeiras no sul da Austrália	Estudo qualitativo	Mães (n=64)	Austrália
Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers <sup>(22)</sup>	2018	Avaliar o programa Healthy & Home	Estudo retrospectivo	Mães (n=403)	Canadá
'It Was Easier Because I Had Help': Mothers' Reflections on the Long-Term Impact of Sustained Nurse Home Visiting <sup>(23)</sup>	2016	Explorar as percepções das mulheres sobre o programa de visitas domiciliares sustentadas na primeira infância (MECSH)	Estudo qualitativo	Mães (n=36)	Estados Unidos

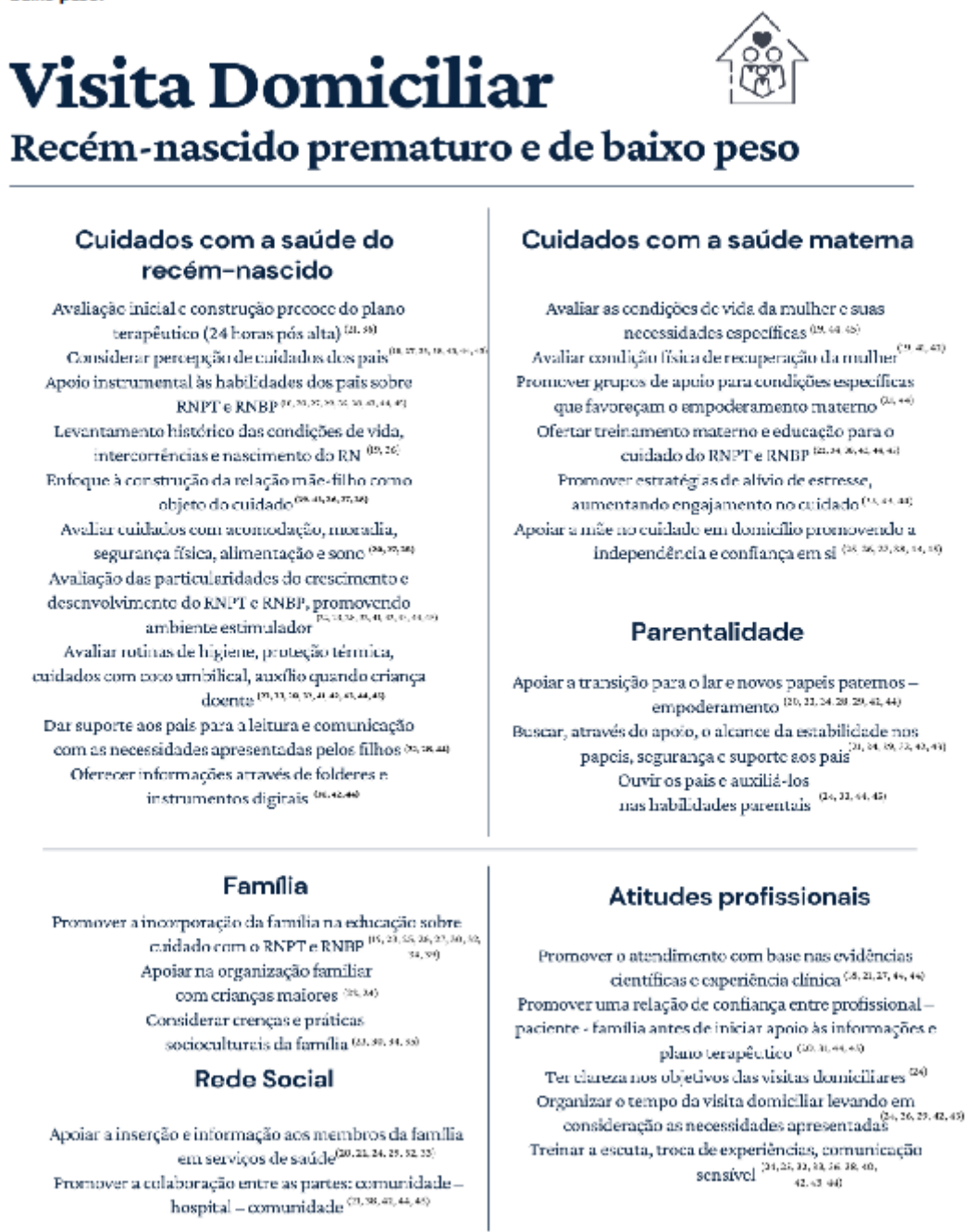
Mothers' Experiences with Neonatal Care for Low Birth Weight Infants at Home: A Qualitative Study in the Home Municipality, Ghana <sup>(24)</sup>	2019	Explorar o conhecimento e as crenças das mães com bebês de baixo peso ao nascer (BPN) e examinar a percepção das mães de bebês com baixo peso ao nascer quanto à prestação de cuidados domésticos e sociais	Estudo qualitativo	Mães de bebês de baixo peso (n=68)	Gana
Parents' experiences of early support <sup>(25)</sup>	2013	Coletar e explorar a experiência dos pais sobre o apoio recebido por visita domiciliar	Estudo qualitativo	Pais (n=6)	Finlândia
Perception of premature infants' mothers on home visits before an after hospital discharge <sup>(26)</sup>	2014	Compreender as percepções das mães sobre a visita domiciliar realizada	Estudo qualitativo	Mães de bebês prematuros (n=21)	Brasil
Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study <sup>(27)</sup>	2014	Explorar as experiências pós-natais das mães de primeira viagem e as necessidades de apoio após alta hospitalar em Singapura	Estudo qualitativo	Mães (n=13)	Singapura
Postnatal women's perspectives on the feasibility of introducing postpartum home visits: a Jordanian study <sup>(28)</sup>	2018	Verificar a percepção das mulheres quanto aos cuidados pós-natais	Estudo qualitativo	Mães (n=30)	Jordânia
Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward <sup>(29)</sup>	2011	Avaliar a quantidade de apoio social oferecido às mães e pais finlandeses pela enfermagem no período pós-natal	Estudo quantitativo	Mães (n=376) Pais (n=38)	Estados Unidos
Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability <sup>(30)</sup>	2019	Explorar as experiências dos pais participantes do programa em relação a seu papel como pai pela primeira vez a partir de uma perspectiva de resiliência	Estudo qualitativo	Pais (n=9)	Suécia
The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study <sup>(31)</sup>	2019	Identificar as experiências de mulheres em Shenzhen e os problemas que encontraram durante as primeiras 6 semanas após o parto e explorar suas necessidades expressas em relação aos serviços de assistência pós-natal	Estudo qualitativo	Mães (n=22)	China
O poder dos relacionamentos: explorando como as enfermeiras de saúde pública apoiam mães e famílias durante as visitas domiciliares pós-parto <sup>(32)</sup>	2014	Explorar as experiências de PHNs e mães que participaram do programa de visitas domiciliares direcionadas ou universais.	Estudo qualitativo	Mães (n=16) Enfermeiras (n=16) Gestores (n=4)	Brasil
A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden <sup>(33)</sup>	2018	Investigar o conteúdo de implementações de visitação pós-natal prolongada de Rinkeby programa da perspectiva da equidade em saúde	Estudo qualitativo	Famílias (n=98) Enfermeiras (n=3)	Suécia
A Qualitative Evaluation of Engagement and Attrition in a Nurse Home Visiting Program: From the Participant and Provider Perspective <sup>(34)</sup>	2018	Examinar qualitativamente o engajamento e a perda entre as perspectivas das enfermeiras e mães, a fim de identificar mecanismos de comprometimento do serviço de visita domiciliar	Estudo qualitativo	Mães (n=15) Enfermeiras (n=25)	Estados Unidos
Poder vital de puérperas durante os cuidados de enfermagem em domicílio <sup>(35)</sup>	2014	Identificar como se manifestam as variáveis que podem interferir no poder vital das puérperas durante os cuidados realizados pela enfermeira no domicílio,	Estudo qualitativo	Mães (n=4)	Brasil

		na perspectiva do Modelo de Cuidado de Carraro (MCC)			
Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto <sup>(36)</sup>	2014	Identificar a assistência prestada à mulher no pós-parto por enfermeiros	Estudo qualitativo	Mães (n=10)	Brasil
Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period <sup>(37)</sup>	2016	Obter uma compreensão mais profunda das experiências de assistência obstétrica em conexão com visitas domiciliares durante o período pós-natal precoce	Estudo qualitativo	Mães (n=24)	Noruega
Perspectives of Low Socioeconomic Status Mothers of Premature Infants <sup>(38)</sup>	2017	Entender as experiências famílias em risco durante a transição de bebês prematuros para a residência	Estudo qualitativo	Famílias de prematuros (n=32)	Estados Unidos
The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report <sup>(39)</sup>	2018	Relatar a experiência de implementação as visitas domiciliares como parte do Programa Cuidador de Mães	Estudo prospectivo	Mães (n=34)	Brasil
Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care Across-sectional study <sup>(40)</sup>	2019	Descrever as experiências das mães em relação a um novo modelo de assistência domiciliar pós-natal	Estudo misto	Mães (n=180)	Suécia
Home Visiting and Outcomes of Preterm Infants: A Systematic Review <sup>(41)</sup>	2013	Revisar evidências sobre visitas e resultados de bebês prematuros	Revisão sistemática	—	Estados Unidos
Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study <sup>(42)</sup>	2016	Investigar perspectivas e experiências dos novos pais com cuidados profissionais durante o período inicial de transição recém-nascido em casa	Estudo qualitativo	Mães (n=24) Pais (n=4)	Alemanha
Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences <sup>43</sup>	2018	Capturar a experiência vivida de enfermeiras cuidando de bebês prematuros tardios na comunidade.	Estudo qualitativo	Enfermeiras (n=10)	Canadá
Predictors of caregiver satisfaction with visiting nurse homevisits after NICU discharge <sup>(44)</sup>	2016	Identificar fatores preditivos de satisfação familiar com serviços de VD após a alta da UTIN.	Estudo Misto	Mães de prematuros (n=1532)	Estados Unidos
Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life <sup>(45)</sup>	2012	Realizar uma revisão integrativa da literatura para estudos voltados para a transição de prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal para casa.	Revisão de Literatura	—	Alemanha
Uma rede de apoio à família do prematuro <sup>(46)</sup>	2010	Descrever o funcionamento de um projeto de assistência a bebês extremamente prematuros e suas famílias, desenvolvido no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), na perspectiva do Cuidado Centrado na Família.	Estudo de intervenção	Bebês prematuros e suas famílias (n=309)	Brasil

Fonte: Pesquisa

Dessa forma, os dados foram analisados a partir de sua categorização e com base no objetivo deste estudo. A Figura 2 detalha as ações esperadas em cada categoria identificada.

Figura 2. Categorização dos dados e ações de enfermagem voltadas à família de recém-nascido prematuro e de baixo peso.



Fonte: Pesquisa.



## Discussão

Mapear a literatura a respeito de elementos que possam qualificar a atuação profissional do enfermeiro na visita domiciliar com enfoque às nuances do recém-nascido prematuro e de baixo peso, permitiu identificar diversas ações que podem e devem ser aplicadas após retorno ao lar e, de forma geral, possibilitar aos pais, maior segurança e envolvimento no cuidado com o filho.

O encontro entre profissional, mãe e recém-nascido se ampara na construção de uma relação de confiança, assim, a visita domiciliar tem um impacto na percepção de suficiência das mães, aumentando sua satisfação com o cuidado ofertado. Mães jovens, primíparas, com menor nível de instrução e com intercorrências durante o período pré-natal e pós-natal, tendem a ser menos confiantes no cuidado com o recém-nascido, demonstrando maiores necessidades de contato e instrução. A quantidade de visitas acima de seis encontros, associada ao contato telefônico, tem repercussão positiva na satisfação de mães de recém-nascidos devido à maior oportunidade em desenvolver um relacionamento significativo de apoio, educação e discussões<sup>19,41,44</sup>. O número de visitas a serem realizadas dependerá, então, das necessidades específicas apresentadas por cada família<sup>45,46</sup>.

A assistência domiciliar é capaz de identificar carências específicas precocemente, aumentando a qualidade do cuidado e o nível de conhecimento materno, diminuindo a mortalidade neonatal. Porém, é importante que as informações se tornem mais abrangentes dentro do ambiente domiciliar com a participação de todos os membros da família e que os profissionais estejam abertos ao conhecimento das

condições de vida que lhe são apresentadas através de um levantamento histórico da mãe e do recém-nascido<sup>20</sup>.

O engajamento materno, após o retorno ao lar com um recém-nascido, é elemento essencial para o sucesso das ações, dessa forma, compreende-se que a mãe em seu relacionamento com o profissional passará por períodos não sequenciais de apreensão, confiança, respeito, necessidade de suporte social e percepção de desafios. Essa necessidade de suporte e informações leva à participação nos programas de visita domiciliar<sup>21</sup> com simples conhecimentos fornecidos através de diferentes instrumentos como folhetos sobre maternidade, parentalidade e relações familiares, bem como características do profissional<sup>34</sup>.

A confiança precisa ser construída para que as mães se sintam confortáveis com a relação que está sendo estabelecida, sem sentimentos de julgamento e com maior apoio mútuo. O apoio inicial no papel de novos pais fortalece o relacionamento do enfermeiro com a família e aumenta a confiança. Essas atitudes do enfermeiro frente à visita domiciliar amparam o processo de engajamento familiar<sup>22</sup>.

A busca pelo equilíbrio nas relações está amparada no desenvolvimento de estratégias de saúde que se baseiam no ponto de vista das mulheres e aumentam o sentimento de poder e confiança em si<sup>27,28</sup>. O empoderamento materno resulta no fortalecimento dos papéis para a tomada de decisão compartilhada, assim, um dos objetivos do enfermeiro em visita domiciliar para mães de recém-nascidos é fornecer informações práticas e que façam diferença no seu dia a dia<sup>21</sup>.

O conhecimento e discussão sobre a saúde infantil, acomodação, amamentação, alimentação,

segurança e inserção nos serviços de saúde fazem parte do apoio de enfermagem precoce, dada a importância desse primeiro contato acontecer em tempo oportuno dentro das vinte e quatro horas pós-alta com o objetivo principal de alcançar a estabilidade familiar a partir da inserção de seu novo membro<sup>21,22</sup>.

As atitudes do profissional enfermeiro são estritamente responsáveis pela solidez da relação profissional-mãe. Ter empatia, escuta, explorar questões emocionais e reconhecer o que está sendo vivenciado pela mulher potencializa o momento de troca proposto pela visita domiciliar<sup>25</sup>.

A disposição inicial da mulher é estimulada pelo modo como é abordada, sendo atributo requerido a experiência do profissional em cuidados maternos, conexão com recursos da comunidade, abertura para aconselhamentos, suporte familiar individualizado e valorização do tempo disposto para a visita domiciliar, considerando, para isso, uma oportunidade para a continuidade relacional<sup>34,37</sup>.

É imprescindível expor com clareza os objetivos da visita domiciliar, estimulando as famílias com o recém-nascido a se reorganizarem e, a partir das necessidades apresentadas, apostando na autoconfiança materna sem que haja o peso de cobranças para ações além das que são percebidas como essenciais para o momento vivenciado. Cabe ao enfermeiro sensibilidade para respeitar a vontade dos pais, tendo como ponto inicial das suas intervenções aquilo que é considerado pelos mesmos como indispensável<sup>26,37,38</sup>.

Ao retornar para o lar, informações sobre o cuidado com o bebê são tomadas pelos pais como primordiais, haja visto a necessidade de reforçarem seus próprios conhecimentos e discutirem sobre o que

já foi apreendido até então<sup>29</sup>. Ações educativas sobre práticas seguras e de ambiente estimulador ao desenvolvimento infantil<sup>23</sup> têm conexão com a independência percebida pelas mães<sup>26</sup> para o cuidado domiciliar.

O empoderamento materno através do apoio<sup>26</sup> é peça chave para a afirmação de valores e opiniões que facilitam a transição para a maternidade. Apoiar a autoeficácia materna contribui para a aquisição de informações consistentes e, conseqüentemente, para escolhas familiares mais conscientes<sup>39</sup>. Assim, o encontro com o cuidado é influenciado por crenças e práticas socioculturais<sup>24</sup>. Atitudes que aumentam o potencial de cuidado das mães baseiam-se no conhecimento profissional<sup>32</sup> prévio sobre questões sociais, culturais e econômicas das famílias visitadas e almejam identificar os interesses individuais para permitir a aproximação do enfermeiro como suporte para os enfrentamentos nas fases de adaptação do novo momento de vida<sup>26,30,36</sup>.

A avaliação pormenorizada da situação infantil domiciliar fornece informações para o planejamento de enfermagem para o cuidado do RNPT e RNBP tomando as ações coerentes com a realidade<sup>38,40,43</sup>. O foco do profissional está em identificar os aspectos físicos e emocionais que impactam na autoconfiança, autoestima e eficácia materna ao cuidado<sup>35,44,45</sup>.

A visita domiciliar beneficia, especialmente, as famílias de recém-nascidos prematuros e de baixo peso que receberam alta hospitalar precocemente<sup>31</sup>. Dessa forma, no início da alta, os pais se preocupam em demasia com a atenção médica e a forma como realizarão os primeiros cuidados em casa e, gradativamente, as buscas por auxílio vão se amparando na preocupação com o crescimento e



desenvolvimento do filho<sup>33</sup>. Nesse sentido, é relevante a adaptação e respostas dos enfermeiros ao apoio parental de acordo com a evolução dos acontecimentos vivenciados<sup>43,44</sup>.

Existem limitações à visita domiciliar e elas estão atreladas, eventualmente, à escassez de tempo disponível pelo profissional enfermeiro e pela grande quantidade de visitas a serem realizadas, porém, há de se entender que a adequação desses intervenientes é uma prioridade, haja visto a vulnerabilidade de crianças nascidas em condições de prematuridade e de baixo peso<sup>43</sup>. O suporte telefônico eventual é um coadjuvante na comunicação profissional e família, auxiliando na redução de ansiedade e melhor enfrentamento das dificuldades diárias<sup>45,46</sup>.

Ressalta-se enquanto limitação do estudo a abordagem singularizada a partir do olhar materno, sendo necessário novos estudos que ampliem a percepção do cuidado pela compreensão paterna e familiar e que direcionem as ações dos enfermeiros sob a ótica do paciente com repercussões no processo formativo profissional para a visita domiciliar.

## Conclusão

Esta revisão possibilitou identificar que a abordagem do enfermeiro para mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso em ambiente domiciliar é fundamental e influência de maneira positiva as transições esperadas a partir do nascimento e que estão cerceadas por cuidados técnicos, de escuta e apoio para a reorganização familiar e empoderamento materno.

A atuação do enfermeiro deve ser projetada a partir de seu conhecimento científico, mas não restrita a ele, tomando o espaço domiciliar como oportunidade de escuta aos conhecimentos, crenças e

valores familiares enquanto mola propulsora para o fortalecimento do vínculo e adesão ao planejamento de cuidado ofertado.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. 2005.
2. São Paulo. Período pós-parto: práticas de cuidado adotadas pela puérpera. 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011 [Internet]. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>.
4. Comunit A, Ras A, et al. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. 2015; 15(2):157-8.
5. Sama-miller E, Mraz-esposito A. home visiting evidence of effectiveness review: executive summary. August. 2018.
6. Yousafzai AK, Aboud FE, Nores M, Kaur R. Reporting guidelines for implementation research on nurturing care interventions designed to promote early childhood development. Ann N Y Acad Sci. 2018; 1419(1):26-37.
7. Original A. Postpartum period: the importance of home visits given by the nurse in Primary Health Care. 2016; 17(1):112-9.
8. Manz PH, Power TJ, Roggman LA, Eisenberg RA, Gernhart A, Faison J, et al. children and youth services review integrating the little talks intervention into early head start: an experimental examination of implementation supports involving fidelity monitoring and performance feedback. Child Youth Serv Rev. 2017; 79(January):87-96.
9. Andrade AM, et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2017; 70:210-219.
10. Federal U, João DS, Divinópolis-mg CDE. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. 2017; 70(1):210-9.
11. Jaramillo Santiago LX, Osorio Galeano SP, Salazar Blandón DA. Quality of Nursing Care: Perception of

- Parents of Newborns Hospitalized in Neonatal Units. *Invest Educ Enferm.* 2018; 36(1).
12. Milani HS, Amiri P, Mohseny M, Abadi A. Postpartum home care and its effects on mothers' health: a clinical trial. 2017.
13. Custodio N, Souza B De, Marski L, Wernet M. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. 2016; 24(1):1-6.
14. Araújo R, Lima CM, Vieira L. Interactions between health personnel and mothers of preterms: influences on maternal care. 2019.
15. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(118):594-605.
16. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):2030-8.
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo).* 2010; 8(1):102-106.
18. McInnes MDF, Moher D, Thombs BD, McGrath TA, Bossuyt PM, et al. Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy Studies: The PRISMA-DTA Statement. *JAMA.* 2018; 319(4):388-396.
19. Miller YD, Dane AC, Thompson R. A call for better care: the impact of postnatal contact services on women's parenting confidence and experiences of postpartum care in Queensland, Australia. *BMC Health Serv Res.* 2014; 635-9.
20. Mokhtari F, et al. "Effectiveness of Postpartum Homecare Program as a New Method on Mothers' Knowledge about the Health of the Mother and the Infant." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2018; 23(4):316-321.
21. Paton L, Grant J, Tsourtos G. Exploring mothers' perspectives of an intensive home visiting program in Australia: a qualitative study. *Contemp Nurse.* 2013; 43(2):191-200.
22. Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, Ghosh S. Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Health Care Res Dev.* 2018; 20:1-6.
23. Zapart S, Knight J, Kemp L. 'It Was Easier Because I Had Help': Mothers' Reflections on the Long-Term Impact of Sustained Nurse Home Visiting. *Matern Child Health J.* 2016; 20(1):196-204.
24. Schuler C, Ntow GE, Agbozo F. Mothers' Experiences with Neonatal Care for Low Birth Weight Infants at Home; A Qualitative Study in the Hohoe Municipality, Ghana. *J Pediatr Nurs.* 2019; 45:e44-e52.
25. Rautio S. Parents' experiences of early support. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27(4):927-34.
26. Santos LC, Balamint T, Deggau HSSN, Giovanini RE. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(3):393-400.
27. Ong SF, Chan WC, Shorey S, Chong YS, Klainin-Yobas P, He HG. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: a descriptive qualitative study. *Midwifery.* 2014; 30(6):772-8.
28. Shaban IA, Al-awamreh K, Mohammad K, Gharaibeh H. Postnatal women's perspectives on the feasibility of introducing postpartum home visits: a Jordanian study. *Home Health Care Serv Q.* 2018; 00(00):1-12.
29. Oommen H, Midwife RNM, Rantanen A, Lecturer RN, Kaunonen M, Salonen AH, et al. Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery.* 2011; 27(5):754-61.
30. Tiitinen Mekhail, K., Lindberg, L., Burström, B. et al. Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability. *BMC Public Health.* 2019; 19:102.
31. Xiao X, Ngai FW, Zhu SN, et al. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20:5.
32. Aston M, Price S, Etowa J, Vukic A, Young L, Hart C, MacLeod E, Randel P. The power of relationships: exploring how Public Health Nurses support mothers and families during postpartum home visits. *J Fam Nurs.* 2015; 21(1):11-34.
33. Barboza M, Kulane A, Burström B, Marttila A. A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *Int J Equity Health.* 2018; 17(1):42.

34. Beasley LO, Ridings LE, Smith TJ, Shields JD, Silovsky JF, Beasley W, Bard D. A Qualitative Evaluation of Engagement and Attrition in a Nurse Home Visiting Program: From the Participant and Provider Perspective. *Prev Sci.* 2018; 19(4):528-537.
35. Domicílio ENO, Bernardi MC, Carraro TE. Vital power of postpartum women during nursing home care. *Text Context Nursing.* 2014; 23(1):142-50.
36. Brito RS. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. 2014; 22(5):663-7.
37. Dahlberg U, Haugan G, Aune I. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery.* 2016; 39:57-62.
38. Enlow E, Faherty LJ, Wallace-keeshen S. Perspectives of Low Socioeconomic Status Mothers of Premature Infants. *Pediatrics* March. 2017; 139(3):e20162310.
39. Fracolli LA, Reticena KDO, Chiesa AM. The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52:e03361.
40. Johansson M, Thies-Lagergren L, Wells MB. Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care—a cross-sectional study. *Midwifery.* 2019; 78:140-149.
41. Goyal NK, Teeters A, Ammerman RT. Home visiting and outcomes of preterm infants: a systematic review. *Pediatrics.* 2013; 132(3):502-16.
42. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Föllmi L, Conzelmann C, Zemp E. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16:82.
43. Currie G, Dosani A, Premji SS, et al. Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences. *BMC Nurs.* 2018; 17:16.
44. Awindaogo F, Smith VC, Litt JS. Predictors of caregiver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge. *J Perinatol.* 2016; 36(4):325-8.
45. Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw.* 2012; 31(4):207-14.
46. Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(1):155-60.



## ANEXO A

### Parecer Consubstanciado do CEP



#### 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 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

**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)3351-9685 E-mail: cephumanos@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_PROJETO_1542172.pdf	14/05/2020 18:13:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Ana_Izaura.pdf	14/05/2020 18:10:25	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 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 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@santacasasaocarlos.com.br



IRMANDADE DA SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DE SÃO  
CARLOS



Continuação do Parecer: 4.138.360

**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 Sampalo, 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: 4.138.360

**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_BASICAS_DO_PROJETO_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@santacasasaocarlos.com.br

## ANEXO B

### Autorização para o uso do instrumento “Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira”



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP  
Departamento de Enfermagem Pediátrica



#### Autorização para uso do Instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira*

Autorizamos os pesquisadores Profa. Dra. Monika Wernet e Ana Izaura Basso de Oliveira a utilizarem o instrumento: **Adaptação Transcultural do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* para a Língua Portuguesa Brasileira.**

vs Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678-88. Mendes CQS, Mandetta MA, Tsunemi MH, Balieiro MMFG. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):274-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>.

na pesquisa intitulada **Posição Canguru: Desdobramentos ao aleitamento materno, desenvolvimento infantil e autoeficácia para o cuidado do recém-nascido de baixo peso.**

No entanto, este instrumento é protegido por direitos autorais e não pode ser duplicado ou copiado sem antes submeter aos autores uma cópia assinada do formulário de permissão e quaisquer pedidos de mudanças ou alterações no mesmo deve ser feito por escrito para os autores antes de sua realização.

Para divulgação do instrumento, deve ser referenciado o artigo:

1. Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678-88.
2. Mendes CQS, Mandetta MA, Tsunemi MH, Balieiro MMFG. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):274-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>.

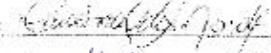
Informamos ainda que ao final da pesquisa sejam enviados aos autores detentores dos direitos de adaptação:


- O resumo da pesquisa concluída;
- Uma cópia do relatório final e/ou publicação em periódico;

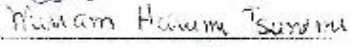
Rua Nazaré de Moraes, n.º 754 - 1.ª andar,  
Vila Clementino - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04624-062  
Telefone: (11) 5576-4430 Ramal 1641/553371-1720 (fax)  
E-mail: [segs@unifesp.br](mailto:segs@unifesp.br)


- Cópia dos instrumentos, caso tenham sido realizadas quaisquer modificações com autorização prévia dos autores.
- Cópia de cada publicação que venha a ser realizada.

Assinaturas dos autores da Adaptação transcultural para a língua portuguesa brasileira:

Carolina Queiroz de Souza Mendes: 

Myriam Aparecida Mandetta: 

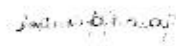
Miriam Harumi Tsunemi: 

Maria Magda Ferreira Gomes Balleiro: 

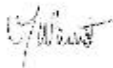
Nas abaxos assinados concordamos com as condições para o uso do instrumento **Adaptação Transcultural do Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist para a Língua Portuguesa Brasileira**. © Dussell C, Whitington K, Boyd R, Sanders M, Collier P. Prematurity and parent self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Health Behav Dev*. 2012; 35(4):674-88. Mendes CQN, Mandetta MA, Tsunemi MH, Balleiro MMFG. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):275-81. doi: [10.1590/0334-7167-2018-0698](https://doi.org/10.1590/0334-7167-2018-0698)

Nome e assinatura do(s) pesquisador(es) responsável(ais)

Ara Izaura Basso de Oliveira:



Dr. Monika Wernet:





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP  
Departamento de Enfermagem Pediátrica



Nome e assinatura do orientador

Profa. Dra. Monika Werzner

Endereço do autor correspondente

Telefone: (16) 99725-1375

E-mail: anaizaura@gmail.com

Instituição: Universidade Federal de São Carlos – UFSCar - PPGEnf - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235 - São Carlos - SP - BR CEP: 13565-905

Telefone: Telefone: (16) 3351-8338

E-mail: ppgenf@ufscar.br

Após assinatura deste formulário por todos os interessados, o mesmo torna-se  
Termo de Permissão para Utilização.

Rua Napoleão de Barros, 477 - 13064-900  
Educação - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04024-900  
Telefone: (11) 5578-1130 Ramal: 1512 55573-1120 ext. 1  
E-mail: [capacitacao@usp.br](mailto:capacitacao@usp.br)

## ANEXO C

### Instrumento “*Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira*”

#### **INSTRUMENTO PRETERM PARENTING & SELF-EFFICACY CHECKLIST – VERSÃO BRASILEIRA.**

Este questionário tem como objetivo coletar informações sobre como você se sentiu realizando tarefas específicas como novo (a) pai/mãe. Por favor, reserve um tempo para relembrar como foi para você quando trouxe seu bebê pela primeira vez para casa. Por gentileza, leia e responda às perguntas com atenção.

**Pais e mães de bebês prematuros:** por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê prematuro.

**Pais e mães de bebês nascidos em tempo certo:** por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê nascido em tempo certo.

Selecione um número de 1 a 5, indicando o que melhor exprime a sua experiência como pai/mãe/responsável de recém-nascido prematuro.

**1. O quanto você se sentiu confiante ao dar o banho no seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**2. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tomar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**3. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao dar o banho no seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**4. O quanto você se sentiu confiante para acalmar o seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**5. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**6. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em acalmar o seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**7. O quanto você se sentiu confiante em alimentar o seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**8. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**9. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao alimentar o seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**10. O quanto você se sentiu confiante ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**11. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**12. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**13. O quanto você se sentiu confiante em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**14. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678-88. Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enferm. 2019;72. (Prelo)



**15. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**16. O quanto você se sentiu confiante ao trocar a fralda do seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**17. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**18. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao trocar a fralda do seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**19. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678-88. Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enfer. 2019;72. (Prelo)

**20. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**21. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê? (Se aplicável)**

1. Nada bem-sucedido(a)
  2. Raramente bem-sucedido(a)
  3. Às vezes bem-sucedido(a)
  4. Na média
  5. Um pouco bem-sucedido(a)
  6. Bem-sucedido(a)
  7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

**22. O quanto você se sentiu confiante em seu conhecimento sobre questões relacionadas à segurança do bebê? (viagem, posicionamento, etc...)?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**23. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**24. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao usar métodos de segurança para o bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678-88. Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enfer. 2019;72. (Prelo)

**25. O quanto você se sentiu confiante ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**26. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

**27. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**28. O quanto você se sentiu confiante em entender os sinais do seu bebê?**

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

**29. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?**

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Elsevier: Infant Behav Dev.* 2012; 35(4):678-88. *Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enfer.* 2019;72. (Prelo)

**30. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em entender os sinais do seu bebê?**

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

**31. O quanto você se sentiu confiante em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)**

1. Nada confiante
  2. Não confiante
  3. Não muito confiante
  4. Inseguro
  5. Um pouco confiante
  6. Confiante
  7. Muito confiante
- Não aplicável

**32. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)**

1. Nada importante
  2. Não importante
  3. Não muito importante
  4. Inseguro
  5. Um pouco importante
  6. Importante
  7. Muito importante
- Não aplicável

**33. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)**

1. Nada bem-sucedido(a)
  2. Raramente bem-sucedido(a)
  3. Às vezes bem-sucedido(a)
  4. Na média
  5. Um pouco bem-sucedido(a)
  6. Bem-sucedido(a)
  7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

**34. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)**

1. Nada confiante
  2. Não confiante
  3. Não muito confiante
  4. Inseguro
  5. Um pouco confiante
  6. Confiante
  7. Muito confiante
- Não aplicável

**35. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)**

1. Nada importante
  2. Não importante
  3. Não muito importante
  4. Inseguro
  5. Um pouco importante
  6. Importante
  7. Muito importante
- Não aplicável

**36. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)**

1. Nada bem-sucedido(a)
  2. Raramente bem-sucedido(a)
  3. Às vezes bem-sucedido(a)
  4. Na média
  5. Um pouco bem-sucedido(a)
  6. Bem-sucedido(a)
  7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável