

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

TARSIŁA NERY LIMA BATISTA

MÉTODO CANGURU: (DES) ATENÇÃO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

João Pessoa  
2017

TARSI LA NERY LIMA BATISTA

## MÉTODO CANGURU: (DES) ATENÇÃO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB - vinculada ao Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária, cadastrado no Diretório de Pesquisa do CNPq.

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde

**Linha de pesquisa:** Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

**Projeto de pesquisa vinculado:** Vigilância do desenvolvimento infantil: caminhos e perspectivas para a Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Altamira Pereira da Silva Reichert

João Pessoa  
2017

B333m Batista, Tarsila Nery Lima.

Método canguru: (des) atenção ao binômio mãe-bebê na estratégia saúde da família / Tarsila Nery Lima Batista. - João Pessoa, 2017.

75 f.: il. -

Orientadora: Altamira Pereira da Silva Reichert.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/ CCS

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Método Canguru. 4. Mães – assistência. 5. Saúde infantil. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**TARSI LA NERY LIMA BATISTA**

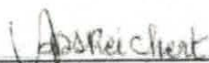
**MÉTODO CANGURU:**

**(des) atenção ao binômio mãe-bebê na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 18/04/2017.

**BANCA EXAMINADORA**



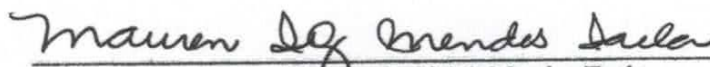
---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Altamira Pereira da Silva Reichert  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



---

Dra. Neusa Collet  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



---

Dra. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Dra. Jael Rúbia Figueiredo França  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos  
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

## Dedicatória

*Dedico este trabalho, primeiramente, ao nosso Mestre e Pai eterno, Deus, que me fortalece e me guia todos os dias, em cada amanhecer e anoitecer, e às pessoas mais importantes da minha vida, que sempre estiveram ao meu lado, tanto nos bons momentos quanto nos difíceis, encorajando-me, apoiando-me e amando-me, meus pais, Antônia e Wellington, e ao meu esposo, Weryson, amor da minha vida, homem que escolhi para viver, somar e compartilhar nossas conquistas por toda a minha existência. Ao meu filho Matheus, razão do meu viver. Amo todos vocês. Às mães-canguru e aos seus recém-nascidos prematuros, pequenos guerreiros que travam uma luta diária para sobreviver neste mundo repleto de imperfeições, mas com possibilidades de evoluir.*

## **Agradecimentos**

A **Deus**, por me conceder a vida, guiar meus passos para a Enfermagem e iluminar os caminhos que venho trilhando neste Planeta;

À **minha família**: minha mãe Antônia, meu pai Wellington, minha irmã Michelline e minha sobrinha Bianca, pelo imenso amor, pela paciência e pelo apoio incondicional, sempre torcendo para que eu pudesse evoluir como ser humano e profissionalmente;

Ao **meu marido Weryson**, pela paciência, pela compreensão e pelo apoio incondicional, em todos os momentos dessa longa caminhada, por me fazer feliz e sentir-me amada. Amo você.

Ao **meu filho Matheus**, presente de Deus em minha vida e razão do meu viver, por seu amor e compreensão, e que, mesmo sem saber, foi o incentivador para que eu ingressasse nessa empreitada. Amo você, filho.

À **Professora Dra. Talitha Pessoa**, que, desde o PET saúde da família, mostrou-me a verdadeira importância de associar a prática com a teoria, para a construção do conhecimento, ressignificando meu olhar para a docência, sempre grata pelo aprendizado e incentivo;

À **Professora Dra. Altamira Reichert**, minha orientadora, por acreditar em mim, pela dedicação, por contribuir para meu crescimento profissional, pelas palavras de acolhimento nas horas certas, que tornaram possível esse sonho. Sempre lhe serei grata.

Às **minhas amigas e amigos do Mestrado**, por todas as incertezas, angústias, alegrias e conquistas compartilhadas durante esses dois anos. Eu os guardarei sempre em minha memória e em meu coração. Jamais esquecerei vocês.

Às **minhas amigas Vanessa Domingues, Michelly Tenório e Gisele Bezerra**, agradeço pela força, pela compreensão, pela companhia, pela amizade, pela paciência e pela dedicação, durante todo o período do Mestrado e no processo de construção desta dissertação. Espero um dia poder retribuir tudo o que vocês fizeram por mim.

Aos **meus amigos e companheiros de trabalho da Equipe de Saúde da Família Mateus III**, por compreenderem meus momentos de ausência na unidade de saúde, por acreditarem em mim e por terem me incentivado. É maravilhoso poder contar com vocês!

Ao **Instituto Cândida Vargas**, ao **Hospital Universitário Lauro Wanderley** e às **Unidades de Saúde da Família**, por cederem espaço para a realização da pesquisa;

Aos **profissionais que contribuíram para a realização da pesquisa**, pela confiança, pela paciência e a atenção a mim concedida;

Às **mães-canguru**, que participaram deste estudo, obrigada pela paciência, pelo tempo dedicado a responder ao questionário. Sem a participação de vocês, esta pesquisa não seria possível;

A todos os **professores da Pós-graduação em Enfermagem**, pela participação no processo de construção do meu conhecimento;

Aos **membros da banca examinadora, Dr<sup>a</sup>. Neusa Collet, Dr<sup>a</sup>. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla, Dr<sup>a</sup> Jael Rúbia Figueiredo França e Dr<sup>a</sup>. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos**, pela disponibilidade e pela contribuição;

Aos **funcionários do PPGENF/UFPB, Nathali Oliveira, Ivan Ramiro, Ivan Xavier**, pela competência com que realizam o trabalho e pela atenção concedida a todos os mestrandos;

Às **amigas, Daniele Souza e Tarciane Marinho**, por nossa relação fraterna, pelo incentivo e pela contribuição valiosa no processo de construção do meu conhecimento durante este estudo. Minha eterna gratidão!

*Cada dia que amanhece assemelha-se a uma página em branco, na qual gravamos os nossos pensamentos, ações e atitudes. Na essência, cada dia é a preparação de nosso próprio amanhã.*

(Chico Xavier)



## Resumo

BATISTA, Tarsila Nery Lima. Método Canguru: (des) atenção ao binômio mãe-bebê na Estratégia Saúde da Família. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

**Introdução:** Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem realizando ações para conter a fragmentação da assistência prestada às gestantes e aos recém-nascidos e reduzir a morbimortalidade neonatal no Brasil. O Método Canguru foi incorporado como política de saúde para melhorar a assistência ao recém-nascido prematuro, com participação ativa da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Analisar o cuidado materno com o recém-nascido na terceira etapa do Método Canguru e a assistência dada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao binômio mãe-bebê canguru. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, obtendo parecer 1.515.237 CAAE 54391316.7.0000.5183. Participaram da pesquisa dez mães de recém-nascidos, cujo parto foi realizado em uma das maternidades inseridas no estudo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, nos meses de maio e junho de 2016, analisados a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Teve como cenário a Clínica Obstétrica de um Hospital Universitário e uma maternidade pública que atendem a recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, além de Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. **Resultados:** Os relatos das mães-canguru evidenciam sentimentos como medo, insegurança e cansaço, ao assumir os cuidados com o filho no domicílio; vivenciaram falta de apoio familiar e de profissionais para continuidade do método, resultando em fragilidade da assistência ao binômio mãe-bebê nessa etapa do método canguru. **Conclusão:** Para continuar a prestar cuidados ao binômio mãe-bebê canguru, é necessário capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao método, fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade, instituir visita domiciliar para essa dupla, na rotina das equipes, e propiciar a integralidade da assistência.

**Palavras-chave:** Método Canguru; Atenção Primária à Saúde; Recém-Nascido; Mães.

## ABSTRACT

BATISTA, Tarsila Nery Lima. Kangaroo Mother Method: inattention to the mother-baby binomial in the Family Health Strategy. 2017. 75 f. Dissertation (Master of Nursing) - Nursing Graduate Program, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

**Introduction:** In recent years, the Ministry of Health has been carrying out actions to contain the fragmentation of care provided to pregnant women and newborn babies and reduce the neonatal morbidity and mortality in Brazil. The Kangaroo Mother Method was incorporated as a health policy for improving care to the newborn premature, with active participation of Primary Health Care. **Objective:** To analyze the maternal care with the newborn in the third step of the Kangaroo Mother Method and the assistance given by professionals of the Family Health Strategy to the mother-baby kangaroo. **Method:** This is a qualitative research, descriptive-exploratory, submitted to the Research Ethics Committee at the Lauro Wanderley University Hospital, getting opinion 1,515,237 CAAE 54391316.7.0000.5183. The participants were 10 mothers of newborn infants whose parturition was performed in one of the maternities entered the study. The data were collected by means of interviews, in the months of May and June of 2016, analyzed from the content analysis technique proposed by Bardin. Had as its backdrop the obstetrical clinic of a university hospital and a public maternity hospital that meet the preterm and/or low birth weight babies, in addition to Family Health Units in the city of João Pessoa, PB. **Results:** The reports of mothers-kangaroo show feelings like fear, insecurity and tiredness, to take care of the child in the household; experienced lack of family support and professionals for continuity of method, resulting in weakness of the assistance to the mother-baby at this stage of the kangaroo mother method. **Conclusion:** To continue to provide care to the mother-baby kangaroo, it is necessary to train professionals in the Family Health Strategy in relation to the method, strengthen the bond of family healthcare team with the community, establish a home visit to this dual, in the routine of teams, and propitiate the comprehensiveness of care.

**Keywords:** Kangaroo-Mother Care Method; Primary Health Care; Infant; Mothers.

## RESUMEN

BATISTA, Tarsila Nery Lima. Método Madre Canguro: desatención al binomial madre-hijo en la Estrategia Salud de la Familia. 2017. 75 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

**Introducción:** En los últimos años, el Ministerio de Salud ha venido llevando a cabo acciones para contener la fragmentación de la atención prestada a las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos y reducir la morbilidad y mortalidad neonatal en Brasil. El Método Madre Canguro fue incorporado como una política de salud para mejorar la atención al recién nacido prematuro, con la activa participación de la Atención Primaria de la Salud. **Objetivo:** Analizar la atención materna con el recién nacido en el tercer paso del método madre canguro y la ayuda prestada por profesionales de la Estrategia Salud de la Familia a la madre-bebé canguro. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva-exploratoria, presentada a la Comisión de Ética en Investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley, obtención de opinión 1,515,237 CAAE 54391316.7.0000.5183. Los participantes fueron 10 madres de recién nacidos, cuyo parto se realiza en una de las maternidades que entraron en el estudio. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas, en los meses de mayo y junio de 2016, analizó a partir de la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin. Tuvo como telón de fondo la clínica obstétrica de un hospital universitario y un hospital público de maternidad que cumplen los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer, además de unidades de salud familiar en la ciudad de João Pessoa, Paraíba. **Resultados:** Los informes de las madres-canguro muestran sentimientos como el miedo, la inseguridad y el cansancio, a cuidar al niño en el hogar; el experimentado falta de apoyo familiar y profesionales para la continuidad del método, resultando en debilidad de la atención a la madre-bebé en esta etapa del método madre canguro. **Conclusión:** En seguir prestando atención a la madre-bebé canguro, es necesario capacitar a los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en relación con el método, fortalecer el vínculo de la familia con el equipo de salud de la comunidad, establecer una visita a la casa a este doble, en la rutina de los equipos, y propiciar la integralidad de la atención.

**Palabras clave:** Método Madre Canguro; Atención Primaria de Salud; Recién Nacido; Madres.

## **Lista de abreviaturas e de siglas**

AB -	Atenção Básica
ABS -	Atenção Básica em Saúde
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAIS -	Centro de Atenção Integral à Saúde Especializada
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CEO -	Centros de Especialidades Odontológicas
CEREST -	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
CRIE -	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
DS -	Distrito Sanitário
EqSF -	Equipes de Saúde da Família
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HULW -	Hospital Universitário Lauro Wanderlei
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA -	Infecção respiratória aguda
LACEN -	Laboratório Central do Município
MC -	Método Canguru
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV-	Nascido Vivo
ODM -	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU -	Organização das Nações Unidas
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PACS -	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISC -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI -	Programa Nacional de Imunização
PSF -	Programa Saúde da Família
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
RN -	Recém-nascido
RNBP -	Recém-nascido de baixo peso
RNPB -	Recém-nascido prematuro e de baixo peso
RNPT	Recém-nascido prematuro
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPS -	Tracking Infants Progress Statewide
TRO -	Terapia de Reidratação Oral
UAI -	Unidade de Acolhimento Infantil
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UCIN -	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCa -	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo -	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPB -	Universidade Federal da Paraíba
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
USF -	Unidade de Saúde da Família
UTIN -	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	Considerações acerca da saúde infantil.....	18
2.2	Assistência ao binômio mãe-recém-nascido na Atenção Primária à Saúde....	21
2.3	O Método Canguru no contexto da atenção humanizada ao binômio mãe-bebê.....	24
<b>3</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
3.1	Tipo da pesquisa.....	29
3.2	Cenário da pesquisa.....	29
3.3	Participantes da pesquisa.....	30
3.4	Instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados.....	30
3.5	Análises dos dados.....	32
3.6	Aspectos éticos.....	32
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
4.1	Vivência de mães-canguru ao cuidar dos filhos prematuros em âmbito domiciliar.....	34
4.2	Assistência dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na terceira etapa do Método Canguru.....	44
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXO B - Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....</b>	<b>75</b>

## 1 Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos, as mudanças nos modelos assistenciais e a preocupação com a qualidade de vida e os direitos humanos têm proporcionado transformações efetivas nas políticas de atenção à saúde da criança em nível mundial e, especialmente, no Brasil (MELLO et al., 2012). Em decorrência desses avanços, é fundamental potencializar a assistência à saúde da criança, com o intuito de evitar possíveis agravos e melhorar a qualidade de sua vida. Nessa perspectiva, a atenção à saúde da criança vem alcançando espaços importantes nas políticas públicas, com propostas de ações em diferentes contextos de atenção, como, por exemplo, o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, principalmente nos dois primeiros anos de vida (REICHERT et al., 2012).

Desde a década de 1980, o governo Federal vem realizando diversas ações, com programas e políticas, a fim de modificar o modelo tecnoassistencial vigente em nosso país, com a perspectiva de ampliar o acesso aos serviços de saúde e conter a fragmentação da assistência prestada às gestantes e aos recém-nascidos (RN) (BRASIL, 2012). Como consequência de tais mudanças, no Brasil, nas últimas décadas, foi possível reduzir a taxa de mortalidade infantil em crianças com menos de um ano de 47,1 para cada 1000 nascidos vivos (NV), em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Mesmo com esse avanço, ainda não se alcançou a meta que garante o direito à vida e à saúde para todas as crianças, em decorrência das desigualdades regionais e sociais em nosso país (BRASIL, 2012).

Entre os anos de 2008 e 2010, foi registrado um aumento dos óbitos neonatais (0-28 dias), que representaram 67% a 70% do total de óbitos infantis em todas as regiões do país. Quanto à mortalidade neonatal precoce (0-6 dias), é mais expressiva na Região Nordeste (FRANÇA et al., 2012), onde os dados referentes à mortalidade precoce são duas vezes maiores quando comparados com os da Região Sul do país (5,9 / 1.000 NV), o que contribui para elevar os índices de mortalidade infantil em todo o Brasil, de 23%, em 2000, para 28%, em 2010, com uma tendência oposta na Região Sudeste (CASTRO et al., 2014).

Em toda a Paraíba, a taxa de mortalidade neonatal registrada no ano de 2012 foi de 10,65%, e no município de João Pessoa, de 9,55% (SES, 2013). Entre os anos de 2008 e 2014, a taxa de mortalidade infantil, em João Pessoa, passou de 13,27% para 13,33%. Isso significa que, nos últimos cinco anos, esse índice não foi reduzido (IBGE, 2016).

No Brasil, em 2011, foi criada a Rede Cegonha, considerada uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de assegurar às mulheres o acesso ao

planejamento familiar e atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério, e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e a um acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento saudáveis de 0 a 24 meses de idade, na tentativa de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil em âmbito nacional e reformular o modelo assistencial oferecido a essa população (BRASIL, 2011).

Conforme os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mesmo com os avanços significativos que ocorreram em nosso modelo assistencial, em 2012, foram registrados 26.899 óbitos de crianças brasileiras, provavelmente, devido à falta de um pré-natal eficaz e um cuidado de boa qualidade para o RN (UNICEF, 2014). Em uma visão global, no que diz respeito ao panorama da mortalidade infantil no mundo, a taxa de mortalidade neonatal, em 2012, representou 44% do total de mortes infantis (WORLD BANK; WHO; UNICEF, 2013).

O Brasil apresenta uma prevalência de, aproximadamente, 6,7% de recém-nascidos prematuros (RNPT). Essas crianças correm um risco cinco vezes maior de morrer durante o primeiro ano de vida, quando comparadas com as nascidas a termo (WORLD BANK; WHO; UNICEF, 2013). Dessa maneira, a prematuridade exerce um papel importante na elevação dos óbitos infantis (FROTA et al., 2013). As causas mais frequentes de óbito em RNPT e de baixo peso são as afecções perinatais, como: problemas respiratórios, asfixia ao nascer e infecções. Também são acometidos por distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e regular a temperatura corporal (BRASIL, 2013).

Em 1990, o Método Canguru (MC) difundiu-se no Brasil como proposta para reduzir a morbimortalidade neonatal, propondo um cuidado humanizado para o RNPT e/ou baixo peso. No Brasil, o MC é desenvolvido em três etapas, conforme a Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007). A primeira inicia-se no pré-natal de alto risco e continua logo após o nascimento do bebê e sua internação na Unidade Neonatal. A segunda ocorre com a estabilização das condições clínicas do RN e sua transferência para a enfermaria, com o acompanhamento materno contínuo. Essa etapa favorece o período de adaptação e preparação para a alta hospitalar. A terceira etapa começa com a alta hospitalar do bebê e a continuidade dos cuidados no ambiente ambulatorial e/ou domiciliar até atingir o peso de 2.500 gramas (GONTIJO et al., 2012).

Nesta última etapa, é recomendada a realização de visitas domiciliares durante a primeira semana depois da alta hospitalar, com o objetivo de promover cuidados específicos, tanto com a mãe quanto com o RN, pois é considerada uma fase crítica para suas vidas, quando ocorrem várias mudanças que podem afetar a saúde de ambos (WHO, 2013).



Assim, na perspectiva de contribuir para reduzir a taxa de óbitos de RN advindos do MC, os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) - enfermeiros, odontólogos, médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) - devem identificar precocemente os RNPT e/ou de baixo peso em seus territórios e estabelecer ações para intensificar os cuidados durante as visitas domiciliares e nas consultas na unidade de saúde, dando continuidade à assistência que se iniciou em âmbito hospitalar (BRASIL, 2014).

Dentre as ações essenciais da APS, a visita domiciliar é uma estratégia que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e proporciona intervenções relacionadas ao cuidado e à manutenção da saúde, tanto do indivíduo quanto da família, perpassando o limite das práticas curativas (NASCIMENTO et al., 2013).

A continuidade do MC na terceira etapa é complexa e depende de todo um contexto estrutural, pessoal e familiar como também de uma equipe de saúde capacitada e atenta às possíveis intercorrências que possam vir a acontecer com o RNPT. Um estudo desenvolvido com Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) da periferia do município de São Paulo evidenciou a insegurança dos profissionais da APS em manejar o acompanhamento longitudinal desses RN e suas famílias como também a falta de instrumentalização teórico-prática para a realização de uma conduta resolutiva que refletisse na assistência prestada por essas equipes (BUCCINI et al., 2011).

Apesar de o MS ter instituído o MC como uma política pública de atenção à saúde da criança e de ter promovido, entre os anos de 2000 e 2003, capacitações com profissionais de 176 hospitais-maternidades brasileiras em relação aos cuidados com o RNPT, existem estudos que comprovam que somente 47,3% implantaram as três etapas do referido Método (GONTIJO et al., 2012).

Portanto, para se proporcionar às puérperas e aos RNPT uma assistência de boa qualidade e humanizada, além de reduzir a morbimortalidade infantil, é necessário orientar os profissionais de saúde quanto à real potencialidade da assistência prestada à criança e à mãe no pós-natal. É imprescindível reorganizar os serviços de saúde, criar uma rede articulada e eficiente, conforme o nível de complexidade, monitorar e avaliar sistematicamente as ações, incluindo o sistema de referência e de contrarreferência (BRASIL, 2013).

No âmbito da APS, as ações voltadas para a saúde da criança foram ampliadas após a criação das EqSF. Porém, no contexto da realidade dessas equipes, a assistência ainda está focada no atendimento aos aspectos clínicos e nas queixas maternas (GAIVA et al., 2012). Por isso, é preciso que os profissionais da APS tenham conhecimento científico-tecnológico,

mas o conciliem ao saber popular, como também desenvolvam habilidades no relacionamento interpessoal para dar uma assistência de boa qualidade aos RN e seus familiares (GOMES et al., 2013).

Partindo desse princípio, os profissionais da ESF precisam estar atentos às diversas situações que possam afetar a saúde do RNPT e seus familiares, dando continuidade à assistência que se iniciou em âmbito hospitalar, pois a experiência do nascimento de um bebê prematuro e/ou baixo peso pode gerar um processo de desorganização familiar, principalmente na terceira etapa do MC (BRASIL, 2014). Isso porque a alta hospitalar do RNPT e sua chegada ao domicílio representam o rompimento dos cuidados hospitalares e de adaptação ao novo ambiente, associado a um sentimento de alegria, mas também permeado por angústias, incertezas e medos, pois a mãe e os familiares associam o prematuro a uma criança frágil e susceptível a intercorrências (FROTA et al.; 2013).

Diante do exposto, o foco desta pesquisa é a terceira etapa do MC, que se inicia com a alta hospitalar e o retorno da mulher com seu bebê para o domicílio e o convívio com os familiares, o que exige um acompanhamento mais criterioso dos profissionais da APS.

Ante a relevância da temática e considerando a vivência como profissional da área de Saúde e enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-PB, surgiu o interesse em desenvolver um estudo norteado a partir dos seguintes questionamentos: Como as mães-canguru estão cuidando do recém-nascido no domicílio? De que forma elas e os recém-nascidos estão recebendo a assistência da Equipe de Saúde da Família em seu retorno ao lar?

Assim, o objetivo desta pesquisa foi de analisar o cuidado materno com o recém-nascido na terceira etapa do Método Canguru e a assistência dada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao binômio mãe-bebê canguru. Nesse sentido, este estudo tem potencial para contribuir com a melhoria da assistência prestada à saúde da mulher e ao RN no período pós-natal e, consequentemente, promover o fortalecimento de uma assistência integral e humanizada para essa população, além de servir como subsídio para futuras pesquisas na área.

## **2 Revisão da Literatura**

### **2.1 Considerações acerca da saúde infantil**

A mortalidade infantil é considerada um problema mundial que pode interferir no desenvolvimento do país. É dividida em dois períodos: o neonatal (de zero a 28 dias incompletos) e o pós-neonatal (de 28 dias a um ano de idade). A mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições da gestação, do parto e da própria integridade física da criança, e a pós-neonatal às condições socioeconômicas, ambientais e, predominantemente, às causas infecciosas (RODRIGUES et al., 2013).

Ao longo dos anos, a medicina perinatal evoluiu significativamente e melhorou a assistência, elevando a taxa de prematuridade e, conseqüentemente, a expectativa de vida desses recém-nascidos prematuros e de baixo peso (RNPB). Isso repercutiu no aumento do percentual de morbimortalidade neonatal, que passou a ser considerado um problema de saúde (SPEHAR; SEIDL, 2013).

Em uma visão global, anualmente, 15 milhões de bebês nascem prematuramente (<37 semanas de gestação), o que contribui para elevar o risco de comprometimento em seu crescimento e desenvolvimento (HELLE et al., 2015). Como proposta para melhorar a assistência à gestante e ao RN e a qualidade de vida de ambos, o Brasil assumiu compromissos nacionais e internacionais. No cenário nacional, em 2004, foi firmado o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, com uma articulação entre atores sociais mobilizados com esse objetivo. Em 2009, o MS assumiu como meta reduzir a mortalidade neonatal em 5% para as regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, objetivando reduzir as desigualdades regionais no país. No âmbito internacional, no que se refere às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil assumiu que, até o ano de 2015, reduziria dois terços da taxa de mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade (BRASIL, 2014).

De acordo com o 5º Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2013, elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil está à frente de muitos países, pois alcançou a meta proposta para reduzir a mortalidade infantil, passando de 53,7, em 1990, para 17,7 óbitos por 1000 NV em 2010 (ODM, 2014). Nas últimas décadas, também conseguiu reduzir a taxa de mortalidade em crianças com menos de um ano de idade, de 47,1, para 15,3 óbitos, por 1000 NV. Assim, superou a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015,

através de algumas ações implementadas pelo MS, como, por exemplo, a ampliação da cobertura da ESF e o aumento do incentivo ao aleitamento materno exclusivo (BRASIL; ODM, 2014). É no período pós-natal que acontece o maior número de mortes materno-infantis, possivelmente por causa de negligência nos cuidados prestados pelos serviços nesse período, o que poderá resultar em problemas de saúde significativos para a vida da mulher e do RN (WHO, 2013).

A identificação de problemas e a elaboração de estratégias para prevenir óbitos infantis evitáveis devem fazer parte do processo de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde em sua área de abrangência (RODRIGUES et al., 2013). Para isso, os serviços básicos de atenção à saúde, através das políticas públicas, vêm sendo estimulados a prestar uma assistência de boa qualidade e com ampla cobertura às crianças no período pós-natal, com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade infantil em nosso país (SOUZA et al., 2011).

Outro fator que contribui para elevar as taxas de mortalidade infantil é a prematuridade. No Brasil, em 2010, do total de NV, 7,2% foram pré-termo, com uma variação de 5,6% a 8,2% nas Regiões Norte e Sudeste, respectivamente. O baixo peso ao nascer (< 2.500 g), os extremos de idade materna e sua escolaridade são outros fatores de risco para a mortalidade infantil. O aumento na incidência de prematuridade e do baixo peso ao nascer vem preocupando o governo brasileiro (BRASIL, 2014).

Em consonância com essa abordagem, deve-se destacar a importância do trabalho multiprofissional para a promoção de uma assistência humanizada à saúde da criança, com vistas a melhorar a qualidade de vida através da implementação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado nos diversos níveis de atenção (GAIVA et al., 2012). Nesse cenário, a ESF - eixo norteador para a organização da APS (BRASIL, 2005) - é uma porta prioritária dos serviços de saúde, com a perspectiva de facilitar a resolutividade nas diversas necessidades básicas de saúde do indivíduo e da coletividade (MAGALHÃES, 2011).

Mediante essa realidade, a EqSF precisa fazer uma avaliação minuciosa do RN e orientar os pais formas de prevenir a morbimortalidade infantil, uma vez que as afecções perinatais constituem o principal grupo de causas de mortalidade neonatal (79%) e infantil (59%) no Brasil e responderam por 51% de óbitos em crianças com menos de cinco anos de idade em 2010 (MARANHÃO, 2012; WHO, 2013b).

Os RN necessitam de um olhar ampliado e mais qualificado dos profissionais da ESF, tanto nas visitas domiciliares, quanto nas consultas realizadas nas unidades de saúde, com espaços de interação e fortalecimento dos vínculos entre a equipe, a mãe e a família

(MOURA, 2011). Os cuidados prestados aos RN devem ocorrer de forma integral e individualizada, com execução e avaliação de ações que colaborem para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde. Porém o que se observa, na prática dos profissionais que atuam na ESF, é que não se sentem aptos a atuar com segurança técnica e científica nos primeiros cuidados com o bebê (CAMPOS et al., 2011).

Atualmente, o modelo de saúde vigente no Brasil está centrado na ESF e institui uma reorientação da assistência em que as ações devem acontecer de forma integrada e multiprofissional, e a criança vista em seu contexto biopsicossocial e familiar. Porém, alguns profissionais da saúde ainda trabalham com o modelo biomédico voltado para a lógica do enfrentamento da doença e com ações pontuais. Portanto, é fundamental que os profissionais da ESF atendam às demandas de saúde da população, na perspectiva de reduzir os agravos evitáveis à saúde que possam ser resolvidos na APS e proporcionar o empoderamento dos usuários no autocuidado e de sua família (MONTEIRO et al., 2011).

Com o intuito de organizar os serviços de atenção à saúde do SUS, principalmente para que a APS promova uma assistência integral, de boa qualidade e resolutive, o MS, mediante a portaria nº 4.279/2010, implantou a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Mas, para que a RAS cumpra seu papel, é necessário que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado e responsabilizando-se pelo fluxo do usuário. Essa tarefa requer uma profunda transformação na organização das unidades de atenção primária e do processo de trabalho das EqSF do país (BRASIL, 2015).

Em relação aos cuidados com a saúde dos RN, a RAS deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil, fazendo articulações com os diversos setores de atenção à saúde. Uma dessas ações é a organização dos quatro componentes da Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e o sistema logístico (BRASIL, 2015).

Há que se ressaltar que a RAS não funciona totalmente, uma vez que as estratégias governamentais são implementadas de forma parcial no cenário da APS, e isso favorece um modelo assistencial focado nas doenças agudas e nas demandas espontâneas, o que dificulta a articulação entre os serviços de saúde e interfere no processo saúde-doença da criança (ARAÚJO et al., 2014).

## 2.2 Assistência ao binômio mãe-recém-nascido na Atenção Primária à Saúde

Durante muitas décadas, as crianças foram assistidas sem se distinguir dos adultos, porquanto o Estado e a família não as concebiam como seres que necessitavam de cuidados especiais para que crescessem e se desenvolvessem de forma saudável. O reconhecimento dos direitos da criança, como um ser biopsicossocial, foi evoluindo ao longo dos anos, em decorrência das transformações que ocorreram na Europa no Século XVIII, depois do advento da Revolução Industrial, que gerou a necessidade cada vez maior de mão de obra. Assim, surgiram as primeiras políticas públicas de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, as primeiras políticas públicas voltadas para a saúde da criança foram criadas na década de 1980, com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), através de uma ação conjunta das três esferas governamentais – secretarias municipais e estaduais de saúde e o MS. O PAISC contemplava as seguintes ações básicas: estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, realização do teste do pezinho, controle das doenças diarreicas, com a terapia de reidratação oral (TRO), o controle das infecções respiratórias agudas (IRA) e o Programa Nacional de Imunização (PNI) (COSTA et al., 2011).

O MS, com o intuito de solidificar a rede de serviços básicos, estabeleceu como diretriz política a assistência integral à saúde, tendo como eixo integrador das práticas assistenciais à Saúde da Criança o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, seguindo uma sistematização de retornos aos serviços de saúde (COSTA et al., 2011). Desde então, as políticas públicas voltadas para a saúde da criança vêm procurando priorizar o bem-estar, a qualidade de vida e a prevenção dos fatores de risco existentes ainda na infância (BRASIL, 2011).

Com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), na década de 1990, foi possível proporcionar a ampliação das ações voltadas para a saúde da criança no âmbito da Atenção Básica (AB), com os objetivos de promover saúde, prevenir agravos e vigiar a saúde, através de uma educação em saúde para crianças, pais e familiares (ARAÚJO et al., 2015).

Dentre as atividades desenvolvidas pelas ESF, em relação à saúde da criança, pode-se destacar a consulta de puericultura, uma ferramenta por meio da qual é possível detectar precocemente possíveis agravos à saúde e potencializar os cuidados com o RN e com a criança, diminuindo os riscos de morbimortalidade infantil. No campo da APS, o enfermeiro tem diversas atribuições, uma delas é a realização da puericultura. Porém, a efetividade da puericultura vai depender da relação que o profissional da ESF estabelece com o binômio

mãe-bebê, por isso é essencial que os profissionais da saúde saibam ouvir, proporcionando às mães um momento de aquisição de conhecimentos e reflexão, a fim de despertar nelas uma consciência crítica sobre os devidos cuidados com a criança e as repercussões positivas na saúde delas (VIDAL, 2011).

O MS, com a finalidade de garantir a melhora da qualidade da assistência prestada à criança, estabeleceu um calendário mínimo para as consultas de puericultura. Seguindo essa cronologia: uma consulta até quinze dias de vida, com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, perfazendo um total de sete consultas. Duas consultas no segundo ano de vida, uma aos dezoito meses e outra aos vinte e quatro meses, e uma consulta anual até os seis anos de idade (BRASIL, 2012). Porém, para garantir uma adequada atenção à saúde da criança, os profissionais da ESF devem iniciar a assistência o mais precoce possível, por meio da visita domiciliar, estratégia importante da APS, porque possibilita realizar ações para promover a saúde dos RN e de suas mães, além de estabelecer vínculos entre os profissionais e os usuários (NASCIMENTO et al., 2013).

Vale ressaltar que a visita domiciliar é uma atribuição que compete a toda a EqSF, e não, exclusivamente, ao ACS. Contudo, um estudo realizado em Maceió constatou que a visita domiciliar realizada pelas enfermeiras da ESF é pouco utilizada como instrumento de promoção à saúde e que o foco da assistência ainda está voltado para o modeloologista, com ações curativas, sem considerar o contexto em que os RN e familiares estão inseridos (NASCIMENTO et al., 2013).

Estudo realizado em Mato Grosso revelou que a visita domiciliar realizada pelo médico da EqSF estava focada na doença, direcionada exclusivamente ao indivíduo doente, excluindo a família do contexto saúde-doença. Porém, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os médicos devem fazer a visita domiciliar na perspectiva de uma assistência integral ao indivíduo sem focar apenas no aspecto curativo (GAIVA; SIQUEIRA, 2011).

O MS, em 2004, lançou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, tendo como foco a ação multiprofissional em relação ao cuidado integral com a criança, compreendendo-a em suas necessidades e direitos como indivíduo, visando promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis e reduzir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004). Nesse documento, foram estabelecidas algumas linhas de cuidado, tais como: ações na primeira semana de vida da criança, denominada de Primeira Semana Saúde Integral; atenção integral à saúde da criança; redução da mortalidade infantil; ações de saúde da mulher com atenção humanizada e qualificada para a gestante e o

RN; e incentivo ao aleitamento materno, desde a gestação até o puerpério (GAIVA et al., 2012).

A Primeira Semana Saúde Integral tem o objetivo de proporcionar ao binômio mãe-bebê um cuidado multiprofissional e integral no ambiente familiar, com a perspectiva de identificar sinais de risco que comprometam a vida do RN e de reduzir as taxas de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2005).

Na perspectiva de promover e proteger a saúde da criança, especialmente na primeira infância e as de maior vulnerabilidade, foram propostas algumas alterações nas ações estratégicas em relação ao eixo da atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do SUS, pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Entre elas se destacam: atenção humanizada ao RNPB, com a utilização do MC; com alta qualificada do RN da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à AB, de forma precoce, para continuar o cuidado após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a AB (BRASIL, 2015).

De acordo com Reichert et al. (2012), mesmo com todos os avanços da atenção perinatal, ainda é possível encontrar falhas nas ações de alguns profissionais da ESF em relação ao atendimento integral à criança e nas orientações que são dadas às mães. Por isso, é fundamental que ocorram mudanças na dinâmica dos serviços de saúde, com destaque para os enfermeiros, que devem conhecer os procedimentos que integram a puericultura e proporcionar uma assistência integral ao binômio mãe-bebê.

Os profissionais da ESF têm a possibilidade de garantir aos RNPT um acompanhamento clínico mais efetivo, porquanto conhecem a dinâmica familiar desses bebês, podem otimizar as visitas domiciliares, estão mais próximos para identificar as possíveis situações de risco e acompanhar mais ativamente o esquema de vacinação e têm mais possibilidade de estimular a manutenção do aleitamento materno e de ofertar uma rede de apoio sociofamiliar (BRASIL, 2013).

Para que o processo de acompanhamento ao RNPT aconteça de forma exitosa nos serviços da APS, é preciso estreitar o vínculo com as famílias assistidas pelas equipes de saúde. Nesse sentido, a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro da ESF é um veículo fundamental para que esse vínculo se fortaleça, pois o convívio entre o enfermeiro, o bebê e sua família faz com que a comunidade adquira confiança e respeito pelo profissional e passe a seguir cada vez mais suas orientações, o que irá repercutir positivamente no cuidado com a saúde da criança (REICHERT et al., 2016).



O MS considera uma atenção ao neonato integral e de boa qualidade quando se utilizam, na prática assistencial, todos os princípios norteadores do cuidado, que são: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; acesso universal; acolhimento; atuação em equipe; responsabilização pela equipe; não restrição da demanda apresentada; assistência resolutiva; equidade na atenção; desenvolvimento de ações coletivas; participação da família e controle social e avaliação permanente e sistematizada (GAIVA et al., 2012).

### **2.3 O Método Canguru no contexto da atenção humanizada ao binômio mãe-bebê**

O Método Canguru, também conhecido como Método Mãe-canguru, surgiu na Colômbia em 1979, por iniciativa dos Doutores Reys Sanabria e Hector Martinez, com o propósito de melhorar os cuidados prestados aos RNPT do Instituto Materno Infantil. Essa proposta tinha o objetivo de minimizar os custos da assistência perinatal, promover um vínculo afetivo mais forte entre a dupla mãe-bebê e proporcionar mais estabilidade térmica e o desenvolvimento do RN (BRASIL, 2013).

No cenário brasileiro, o MC foi inserido com o propósito de promover mudanças na abordagem aos RNBP e/ou pré-termo que necessitam de hospitalização e de aprimorar a atenção perinatal, sem substituir ou descartar a utilização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (BRASIL, 2013). O MC é uma política de saúde instituída pelo MS, que pode ser considerado como um modelo de atenção perinatal que veio para complementar os avanços tecnológicos clássicos e proporcionar mudanças no paradigma da assistência às gestantes e aos RN. Com a identificação precoce de gestantes com risco de terem um bebê prematuro e/ou de baixo peso, é possível dar suporte psicológico, orientações e prestar cuidados específicos para a futura mãe e seus familiares (BRASIL, 2013).

O MS, na perspectiva de propagar essa metodologia na assistência ao RNPT, em 1999, lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru - o qual estabelece uma corrente de atenção ao RN, que associa de forma complementar, os cuidados técnicos especializados com uma atenção humanizada, englobando a mãe, a criança e sua família (BRASIL, 2014).

No Brasil, a atenção humanizada ao RNBP tem como eixo norteador as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS que vêm ganhando espaço desde a década de 1990, com ações para ampliar e qualificar a assistência materna e neonatal, com a finalidade de garantir mais efetividade não apenas com a redução da mortalidade infantil, mas também

com a perspectiva de garantir aos bebês egressos do cuidado intensivo neonatal uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Pesquisas apontam que a utilização do MC no cuidado com os RNBP e/ou pré-termo apresenta inúmeras vantagens, dentre elas, a redução do tempo de separação pai-mãe-filho e, como consequência, o aumento do vínculo, estímulo ao aleitamento materno, aumento da confiança dos pais no cuidado com o filho, adequado controle térmico, estímulo sensorial apropriado, redução da infecção hospitalar, redução do estresse e da dor dos RNs e melhor relacionamento da família com a equipe (BRASIL, 2014).

A dinâmica do cuidado humanizado na prática do MC envolve diversos atores, com suas especificidades e relações, dentre eles, a equipe de saúde, o bebê, o pai, a mãe, os avós e os irmãos, todos dentro de um contexto familiar e social, amparados por alguns pilares como: acolhimento ao bebê e à sua família, respeito às individualidades, promoção de vínculos, envolvimento da mãe nos cuidados do bebê, estímulo e suporte ao aleitamento materno e construção de redes e suporte social e familiar (BRASIL, 2014).

No Brasil, o MC é desenvolvido em três etapas. A primeira se inicia com o nascimento do bebê que necessita de cuidados e sua permanência na UTIN e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). É estimulada a entrada dos pais nesses locais, com o intuito de estabelecer contato com o bebê, além de promover a participação nos cuidados com o filho, de forma gradual, crescente, segura e agradável. A realização da posição canguru entre os pais e o bebê (contato pele a pele) deve acontecer o mais precocemente possível (BRASIL, 2013). A segunda etapa do MC exige estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança em contato pele a pele o maior tempo desejado e possível. Essa é a etapa de preparação para a alta hospitalar. A terceira e última etapa se inicia com a alta hospitalar, com a convivência no ambiente familiar e o acompanhamento ambulatorial do RN e de sua família (BRASIL, 2013).

Na assistência a esta etapa os profissionais deverão: ter horário disponível para a procura da mãe; realizar exame físico completo da criança, levando em conta a idade gestacional corrigida; incentivar a realização do MC nesse período; avaliar, incentivar e apoiar o aleitamento materno; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e sua família e oferecer o devido suporte quando necessário; estimular a manutenção de rede social de apoio; corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias; orientar e acompanhar tratamentos especializados; observar a administração dos medicamentos prescritos; e orientar quanto ao esquema adequado das imunizações (BRASIL, 2011).

Nessa etapa, também são recomendadas visitas domiciliares, durante a primeira semana, depois da alta hospitalar, para prestar cuidados específicos para a mãe e o RN, pois é considerada uma fase crítica para a saúde de ambos (WHO, 2013).

Estudo realizado em 29 maternidades das 293 capacitadas pelo MS, com o objetivo de analisar os fatores que, provavelmente, interferiram no processo de disseminação do MC no Brasil constatou que cerca de 15% onde seus profissionais receberam capacitação para dar assistência aos RNPT não estão adequadas, pois não têm leitos de UTIN, e 20,5% fizeram menos de 1.000 partos anuais, portanto, não cumpriram com a indicação do MS para serem consideradas maternidades de referência na atenção à gestação de alto risco (GONTIJO et al., 2015).

Também é de fundamental importância que os ambulatórios que atendem a RNPT organizem um programa de follow-up para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, com reavaliações oftalmológicas e auditivas funcionais, além da solicitação de exames de acordo com as necessidades de cada caso, através de uma programação com retornos regulares para o atendimento desses bebês nas faixas etárias de 2, 4, 9, 12, 18 e 24 meses, no mínimo, finalizando com a alta da terceira etapa do MC (BRASIL, 2013).

Os serviços do follow-up geralmente são ofertados nas maternidades em que as crianças de risco nascem e objetivam: promover a supervisão com acompanhamento rotineiro da saúde dos RNPT; reduzir as taxas de reinternação hospitalar; promover intervenção precoce e efetiva, com técnicas de estimulação essencial e orientação interdisciplinar e inserir os RNPT na sociedade, como seres bem adaptados, funcionais e com boa qualidade de vida (BRASIL, 2014).

O agendamento das consultas nesses serviços não está exclusivamente interligado ao peso do RN, pois existem outros critérios que, associados a ele, podem sugerir uma periodicidade maior no acompanhamento do RN e seus familiares, como os agravos clínicos, o equilíbrio sociofamiliar e, principalmente, o funcionamento da rede básica de saúde. Recomenda-se que, depois da alta hospitalar do RNPT, sejam realizadas três consultas na primeira semana, duas, na segunda, e uma semanal, a partir da terceira semana, até o bebê atingir o peso de 2.500g. Pelo menos uma consulta semanal deve ser realizada no hospital de origem, e as demais aconteçam nas unidades básicas pelos profissionais das EqSF, incluindo a visita domiciliar (BRASIL, 2013).

A terceira etapa do MC não deve acontecer exclusivamente nos ambulatórios de follow-up, mas também em qualquer UBS, logo após a alta hospitalar, pois a equipe hospitalar, muitas vezes, não consegue garantir que o MC seja realizado no domicílio das

famílias. Em decorrência dessa dificuldade de acompanhamento e para garantir uma assistência efetiva e de boa qualidade ao RN e aos seus familiares, é necessário que os municípios estabeleçam protocolos e proporcionem uma parceria da assistência entre a rede hospitalar e a APS (BRASIL, 2014).

Para se atingir um resultado positivo na última etapa do MC, é imprescindível que a rede hospitalar e a APS estejam em consonância na continuidade dos cuidados com o RN e seus familiares, pois a experiência de um bebê prematuro e/ou de baixo peso pode gerar um processo de desorganização familiar. Os profissionais da ESF devem estar atentos às diversas situações que possam afetar a saúde do bebê e de seus familiares, dando continuidade à assistência que se iniciou no âmbito hospitalar (BRASIL, 2014).

De acordo com um estudo que analisou as evidências da literatura científica no cuidado dispensado ao RNBP pela EqSF, alguns aspectos negativos em relação ao atendimento/cuidado feito por esses profissionais devem ser destacados a saber: a puericultura realizada pelo enfermeiro ainda não atendia às diretrizes preconizadas pelo MS quanto ao atendimento a todos os RN na primeira semana de vida; a existência de fragilidade na relação entre os profissionais da ESF com a família do RNPT/baixo peso; comunicação difícil entre os profissionais e a família dos RN, que resultou em insatisfação com o serviço; e a não realização das visitas domiciliares como esperado, que gerou falta de contato mais próximo entre o profissional e a família (ZANI et al., 2014).

Assim, a visita domiciliar e a formação do vínculo devem ser considerados como recursos essenciais para se estabelecer uma aproximação com a realidade da estrutura familiar em que o RN está inserido. A interação entre o profissional da ESF e a família é muito importante para se construir e fortalecer a confiança recíproca, fazendo com que a família e a comunidade tenham mais respeito pelo profissional e o acompanhamento do RN tenha um resultado positivo (REICHERT et al., 2016).

Segundo Heck et al. (2016), alguns estudos referem que, quando a família de um RNPT/baixo peso é bem acolhida pela equipe de saúde, eles passam a se sentir seguros e protegidos, e isso favorece a superação das dificuldades proporcionadas pelo nascimento prematuro e a confiança na recuperação do bebê.

Concomitante a essa receptividade e ao acompanhamento humanizado que os profissionais da EqSF devem realizar com o RNPT e/ou de baixo peso e sua família, na terceira etapa do MC, também precisam ficar atentos à saúde da mãe desse RN, devido à diversidade de sentimentos vivenciados no período gestacional, no parto e no puerpério, que podem interferir nos cuidados realizados no domicílio. É preciso olhar de forma diferenciada

para essa mulher que, habitualmente, não está preparada psicologicamente para o nascimento de um filho prematuro. Ela, na maioria das vezes, também se sente prematura e sem condições de cuidar do bebê e pode assumir uma atitude de negação à sua existência e fugir de sua responsabilidade de cuidar, o que poderá afetar a interação afetiva entre eles (BOTELHO et al., 2012).

Um estudo realizado com mulheres que levavam os filhos prematuros para o acompanhamento nos serviços de estimulação precoce do município de Jequié-BA identificou que o amor é o sentimento e o núcleo das representações sociais do cuidado materno. Ele é construído com a convivência diária entre o binômio mãe-bebê, mesmo diante da vivência de um turbilhão de sentimentos de caráter negativo e positivo. Porém, o carinho e a atenção da família dedicados a essas mulheres são os elementos primordiais para que aceite cuidar do filho prematuro (BOTELHO et al., 2012).

O ato de cuidar está presente na vida do ser humano, independentemente da cultura em que se encontra inserido e, geralmente, a família é a executora dos cuidados. Porém essa responsabilidade acarreta mudanças nas vidas desses cuidadores devido à sobrecarga emocional, o que resulta, muitas vezes, no distanciamento sociofamiliar e em algum sofrimento emocional (BAPTISTA et al., 2012).

Portanto, a possibilidade de uma sobrecarga vivenciada pelos familiares/cuidadores de um RNPT/de baixo peso deve ser diagnosticada e acompanhada pelos profissionais da ESF, mesmo antes de ser iniciada a terceira etapa do MC, com uma assistência humanizada e realizada muito antes do conhecimento sobre um possível parto prematuro, pois essas são situações que precisam ser vistas como um grande fator desencadeador do adoecimento desses cuidadores que, conseqüentemente, poderão interferir nos cuidados dispensados aos RN. Mas, para tal, é necessário o comprometimento dos profissionais da APS na assistência à tríade mãe-bebê-família, por meio de um vínculo efetivo.

### **3 Caminho metodológico**

#### **3.1 Tipo da pesquisa**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, que, segundo Minayo (2012), é um método capaz de incorporar a questão do significado e a da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais dos participantes da pesquisa.

De acordo com Gomes (2014), a abordagem qualitativa é uma ferramenta importante para se ampliar o olhar acerca do objeto de investigação, pois possibilita aprofundamento e compreensão da complexidade dos fenômenos, dos fatos e dos processos particulares vivenciados por determinados grupos sociais.

#### **3.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de maio e junho de 2016, na rede de atenção especializada e de referência que atende ao RNPT e/ou de baixo peso do município de João Pessoa-PB, respectivamente em uma Clínica Obstétrica de um Hospital Universitário, que contempla dois leitos-canguru, e em uma maternidade da rede municipal de saúde, com 16 leitos-canguru, como também nas USF do referido município.

A cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, apresenta uma população estimada de 791.438 habitantes, distribuída em seus 211,475 km<sup>2</sup>, o que lhe confere uma densidade demográfica de 3.421,28 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2016). A assistência à saúde desse município encontra-se descentralizada e organizada em cinco Distritos Sanitários (DS), e sua RAS está estruturada da seguinte maneira: rede de AB, rede de atenção especializada e rede de atenção hospitalar (MEIRA; PEREIRA, 2012).

A rede de AB é formada de 194 ESF, quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), duas UBS, 20 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro equipes de Consultório na Rua, seis equipes de Atenção Domiciliar e um Centro Municipal de Imunização. A rede especializada é composta de quatro Centros de Atenção Integral à Saúde Especializada (CAIS), um Centro de Referência para o Idoso, um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), uma

Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), um Serviço Residencial Terapêutico, três Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, um Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e um Laboratório Central do Município (LACEN Municipal). A rede hospitalar é composta de quatro hospitais municipais, porém somente um desenvolve o MC (MEIRA; PEREIRA, 2012; PMJP, 2016).

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa mães de RNPT e/ou de baixo peso, cujos partos foram feitos nas maternidades públicas acima citadas no município de João Pessoa e que foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios estabelecidos: ser mãe de RNPT e/ou de baixo peso, estar realizando o MC ou já ter realizado, ter recebido alta até 30 dias de uma das maternidades públicas participantes do estudo, residir na área de abrangência de uma USF do referido município e estar devidamente cadastrada nela.

Depois de aplicados os critérios de inclusão e por meio da acessibilidade, obteve-se um total de 10 participantes. Segundo Mattar et al. (2014), a acessibilidade é uma forma não probabilística de amostragem, em que o pesquisador seleciona os participantes mais acessíveis para a realização da pesquisa; também foi utilizada a saturação teórica para o fechamento dos dados, por meio da convergência dos achados para atingir o objetivo proposto no estudo.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados**

A coleta dos dados empíricos aconteceu em três momentos distintos:

1º momento – foi feito um levantamento nos registros da Clínica Obstétrica de um Hospital Universitário e de uma maternidade municipal, situadas no município de João Pessoa-PB, a fim de identificar as mães-canguru e seus endereços;

2º momento – realizou-se uma busca por endereços das mães-canguru para participarem do estudo nos cinco DS de João Pessoa, previamente identificadas nas maternidades, a fim de saber a que USF pertenciam. Em seguida, foi estabelecido um contato inicial com as equipes de saúde, para expor o objetivo e a importância da pesquisa e solicitar o apoio para facilitar o acesso aos domicílios;

3º momento - visita domiciliar acompanhado pelo ACS, ocasião em que foram feitas as entrevistas com as mães que aceitaram participar da pesquisa. Porém, devido às dificuldades de acessibilidade em determinados domicílios, algumas entrevistas foram realizadas em salas reservadas nas maternidades participantes do estudo, com uma duração média de 30 minutos, durante as datas agendadas para as consultas dos RNPT e ou de baixo peso no follow-up.

Durante as entrevistas, foram apresentadas as participantes a proposta de investigação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que esclarecia sobre a liberdade de participarem ou não da pesquisa e de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo e constrangimento para elas e seus filhos. O único risco que poderia haver no processo foi em relação ao desconforto pela fadiga ou cansaço, por ter que esperar um pouco para concluir a entrevista, mas que esses riscos seriam pequenos e superados pelos benefícios proporcionados pela pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, com a utilização de um roteiro semiestruturado, que continha, na primeira parte, questões relativas aos dados de identificação da participante, e a segunda, com questões norteadoras a cerca do objetivo de estudo (APÊNDICE B): Conte para mim como está sendo para a senhora cuidar do seu bebê no domicílio; Como tem sido a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com a senhora e o seu bebê?

Para apreender as falas das entrevistadas, foi utilizada mídia digital. A entrevista é considerada uma técnica privilegiada de comunicação, que é feita por meio de um diálogo entre dois ou mais interlocutores no processo de construção de informações pertinentes à pesquisa (Minayo, 2012). A coleta dos dados foi encerrada através da saturação teórica, ou seja, quando o julgamento do material empírico permitiu traçar um quadro compreensivo do objeto de estudo (FONTANELLA et al., 2008).

Vale destacar que foi realizado um teste-piloto para analisar a viabilidade do instrumento e a necessidade ou não de incluir novos questionamentos, por isso, o mesmo foi aplicado com cinco mães-canguru que se encontravam no ambulatório de follow-up da maternidade municipal cenário deste estudo e que não se encaixavam em um dos critérios de inclusão, ou seja, não residiam no município de João Pessoa.



### **3.5 Análises dos dados**

O material obtido dos depoimentos das participantes do estudo foi transcrito e analisado qualitativamente. Para tanto, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática proposta por Bardin (2011). Por meio dessa técnica, o pesquisador pode fazer a análise por categorização e compreender os relatos das participantes, tanto em sua complexidade e especificidade, quanto à valorização de sua experiência e à exploração das representações sociais sobre o tema investigado, associando os dados de acordo com a literatura pertinente. Para garantir o sigilo e o anonimato das participantes, elas foram identificadas com codinomes que referenciam as iniciais do termo Mãe Canguru (MC), associadas numericamente pela ordem de realização das entrevistas, ou seja, MC1, MC2, MC3, MC4, MC5, MC6, MC7, MC8, MC9 e MC10.

A técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011) é organizada em três fases distintas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase, depois da transcrição das entrevistas, o material foi organizado, a fim de se ter uma visão geral do todo. Em seguida, procedeu-se a uma leitura flutuante do corpus de análise, identificando a homogeneidade das falas para escolher os que seriam analisados. Na segunda fase - a da exploração do material e do tratamento dos resultados, os dados obtidos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, em seguida foram categorizados através de sistemas de codificação, por meio da realização de uma verificação minuciosa de todos os documentos, até se atingir o esgotamento de todas as possibilidades do material, sempre focando nos questionamentos propostos para se atingir os objetivos do estudo. Na terceira fase, as informações para análise foram condensadas e destacadas, ou seja, foi elaborado um agrupamento dos elementos e falas detectadas nos documentos que refletiam temas semelhantes, culminando com as interpretações. Esse momento foi considerado como o da análise reflexiva e crítica.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi devidamente encaminhado para a Secretaria de Saúde Municipal de João Pessoa-PB, para ser aprovado, tendo sido disponibilizada as informações necessárias para sua realização. Em seguida, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (ANEXO A), com o parecer de nº 1.515.237, CAAE 54391316.7.0000.5183.

Cumprasse assinalar que o desenvolvimento da pesquisa foi norteado a partir das recomendações éticas dispostas no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93, como também nas diretrizes e nas normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país, principalmente no que se refere à garantia do seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais.

## **4 Resultados e discussão**

Participaram da pesquisa 10 mães que estavam vivenciando a terceira etapa do MC, e cujas idades variaram entre 15 e 37 anos. Apenas uma era adolescente. Os RNPT tinham entre 11 dias e dois meses e nove dias de vida durante o período das entrevistas. No que diz respeito ao estado civil das participantes, quatro eram casadas, uma separada, e cinco solteiras que conviviam com companheiros. Quanto ao nível de escolaridade, uma tinha nível superior, quatro haviam concluído o ensino médio, e cinco estudaram até o ensino fundamental. Em relação aos dados obstétricos e perinatais, todas as mulheres fizeram pré-natal, sendo que cinco frequentaram consultas tanto na USF quanto no ambulatório das maternidades públicas inseridas na pesquisa; quatro foram acompanhadas exclusivamente pelos profissionais da USF, e uma realizou todo o pré-natal no ambulatório da maternidade da rede pública vinculada ao estudo. As participantes do estudo estavam vinculadas, por meio da USF, aos DS I, III, IV e V. Quanto ao período de internação dos RNPT na UCIN, constatou-se uma variação de três dias a dois meses, e o tempo de alta hospitalar até o momento das entrevistas variou de três a 25 dias.

É importante ressaltar que, dentre as participantes, três tiveram partos gemelares. Para identificar as falas da mãe adolescente e as das mães de partos gemelares, durante a discussão dos resultados, elas foram chamadas, respectivamente, de MC10a, MC5g, MC8g e MC9g. A partir da análise dos depoimentos das mães-canguru, foram extraídas as seguintes categorias temáticas: ‘Vivência de mães-canguru ao cuidar dos filhos prematuros em âmbito domiciliar’; e ‘Assistência dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na terceira etapa do Método Canguru’.

### **4.1 Vivência de mães-canguru ao cuidar dos filhos prematuros em âmbito domiciliar**

Com a alta hospitalar da mãe e do RNPT e/ou de baixo peso, é fundamental que os profissionais da AB estejam cientes de que, chegando ao domicílio, às mães-canguru passarão a realizar todos os cuidados com seus bebês sem o auxílio profissional da rede hospitalar. Assim, em muitas circunstâncias, elas vivenciam situações e sensações marcantes, que desencadeiam vários sentimentos, como felicidade, medo e preocupações, por exemplo, porquanto associam a fragilidade dos bebês a uma susceptibilidade maior de adoecer por serem pequenos. Isso poderá gerar algum tipo de distúrbio comportamental nessas mulheres,

como também afetar sua integridade física e emocional, com repercussão direta no cuidado com o prematuro (ANDRADE et al., 2015).

A alta hospitalar e a perspectiva de assumir integralmente os cuidados com seu filho prematuro provocam diversas reações, como incerteza, insegurança, estresse, cansaço. Porém, o que vai acontecer e com que intensidade dependerá da percepção de cada mãe.

*[...] me sinto estressada, muito estressada, não consigo dormir nem um pouco, só me alimento quando Eles deixam [...] quando um dorme, o outro acorda. Eles não dormem, mal tenho tempo para tomar um banho. (MC5g)*

*[...] como são dois, não está dando muito para dormir, são os meus primeiros filhos [...] exige um pouco mais de cuidado. (MC9g)*

*[...] está sendo diferente, porque um bebê com um mês e pouco já está bem evoluído, e ela é diferente pouca coisa dos outros bebês [...] se não for a ajuda da família, não teria condição de fazer nada, se fosse só eu para tudo acho que não conseguia não, a cabeça não dava para manter isso tudo não [...] (MC4)*

Durante as entrevistas, era nítido o cansaço relatado por essas mães. Em suas falas, elas demonstraram estresse, falta de tempo para se cuidar e descansar, como também a importância do apoio da família durante a adaptação no domicílio e a realização dos cuidados ao RN. Também foi constatado que os sentimentos e as sensações ficam mais intensos quando os cuidados realizados pela mãe precisam ser distribuídos para RNPT gêmeos. Em muitos momentos, os diálogos eram permeados por um tom de voz embargado por lágrimas e um olhar conflitante.

Segundo Perrone et al. (2011), o nascimento de um RNPT e/ou de baixo peso pode gerar alguns transtornos maternos com altos índices para o adoecimento, dentre eles, ansiedade e depressão, que causam desconforto nas mães quando realizam os cuidados necessários aos seus bebês, que nasceram com a aparência oposta ao esperado, ou seja, pequenos e frágeis e que, a princípio, necessitam de cuidados intensos e da intervenção dos profissionais de saúde. Isso também pode afetar a aceitação desse filho e interferir na formação do vínculo e do apego dessa mãe com seu bebê.

Esse é um fator importante, que deve ser levado em consideração pela equipe de saúde em todo o processo de assistência realizado ao binômio mãe-bebê, ou seja, durante as visitas domiciliares e as consultas dos profissionais, sejam eles da atenção secundária no follow-up ou da atenção primária na ESF, em benefício da estabilidade emocional da mãe e para um bom desenvolvimento da criança.

É fundamental, ainda, que a equipe de saúde esteja atenta para perceber os fatores estressores que possam surgir durante as etapas do MC e se insira na assistência às mães e aos familiares que vivenciam o nascimento de um filho prematuro, porque, cientes dessa responsabilidade, os profissionais devem proporcionar uma atenção humanizada para a tríade mãe/filho/familiares, para que as mães e os familiares assumam um papel ativo na continuidade desse cuidado com a criança depois da alta hospitalar (COSTA et al., 2014).

Para isso, os profissionais de saúde, devem estabelecer com a família uma relação horizontalizada, com diálogo aberto, trocas de conhecimentos e respeito aos valores de vida e culturais em que se encontram inseridas, para que se possa propiciar autonomia nos cuidados aos RNPT e/ou de baixo peso (MALAQUIAS et al., 2015).

Apesar da maioria das mães deste estudo não receberem apoio da família para a adaptação e realização dos cuidados com seu filho prematuro no âmbito domiciliar, é preciso fortalecer os sentimentos de segurança e tranquilidade, a partir da construção de uma rede intrafamiliar que dê um apoio efetivo ao desenvolvimento integral dos RN (ANJOS et al., 2012).

Também é importante ressaltar que o contexto ambiental, a situação socioeconômica e psicoafetiva, a escolaridade dos pais, a estrutura e dinâmica familiar são fatores determinantes para o fortalecimento do apoio familiar. Desta forma, a interação entre os fatores biológicos e ambientais influenciam potencialmente no desenvolvimento infantil dos RNPT. Portanto, a família exerce um papel fundamental na potencialização do desenvolvimento do RNPT e/ou de baixo peso, pois, ameniza os efeitos provenientes da hospitalização, promove a adaptação do binômio mãe-bebê ao domicílio e colabora com a assistência integral à criança (SOUZA et al., 2012).

É fundamental que os profissionais da ESF, durante o processo de acompanhamento desses bebês, fiquem atentos para detectar precocemente possíveis problemas, pois as interações entre os fatores ambientais e biológicos presentes podem oferecer riscos e gerar danos irreparáveis no desenvolvimento integral dessas crianças (FIGUEIRAS et al., 2011).

Por outro lado, foi possível constatar que algumas das participantes deste estudo, por já terem a experiência de outros filhos, sentiam-se seguras em relação aos cuidados com seus bebês, e outras disseram estar felizes com a experiência da maternidade:

*[...] é normal, já sou mãe de quatro filhos, é a mesma coisa, a única diferença é no caso do banho [...]* (MC1)

*[...] eu mesmo estou me sentindo uma mãe. Todos os dias eu olho para meu filho e vejo que Deus botou a mão na frente, Deus não me abandona, se até agora Ele não abandonou, Ele não me abandonará, Ele está comigo, me dá forças [...]* (MC2)

*[...] eu estou muito feliz, a gente já estava esperando. No caso ela foi planejada.* (MC6)

A felicidade é um sentimento transitório e inconstante, porém benéfico, em que o ser humano vivencia momentos de alegria, que amenizam períodos considerados tristes e difíceis em sua vida e equilibra seu estado de saúde.

Segundo Leite (2016), Freud compreende a felicidade como algo subjetivo e que pode estar vinculada tanto à obtenção do prazer quanto à falta de sofrimento, ambos como resultados de uma satisfação súbita relativa às necessidades impostas, que acontece sempre através de um fenômeno episódico e pode ser experimentada, mas não sentida de forma permanente, pois seria considerada uma ilusão. Portanto, para o autor, a felicidade funciona de forma cíclica e alternada e surge à medida que afirmamos esse sentimento.

Outro estudo aponta a felicidade como um bem-estar subjetivo, relacionado à promoção da saúde, em que cada indivíduo, através de suas experiências, relata individualmente esse sentimento e seu respectivo grau de satisfação e influência em sua vida (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010).

O que chama mais atenção nos relatos das participantes do estudo é o tom de voz que impuseram em suas falas, como se quisessem demonstrar veracidade no que falavam, com a certeza de que tudo daria certo. Esse é um fator importante para aceitar o nascimento de um filho prematuro e para continuar os cuidados necessários ao bem-estar do bebê e ao seu desenvolvimento saudável.

Uma das mães, em sua fala, impõe a felicidade permeada por uma incerteza do que estava sentindo no momento da entrevista. Esse aspecto pode estar relacionado à sua imaturidade, já que ela é uma adolescente (< 16 anos) que está vivenciando muitas mudanças em sua vida.

Barroso et al. (2015) asseveram que a maternidade na adolescência impõe um amadurecimento precoce dessas meninas, requer mudanças em seu modo de viver e de enfrentar o mundo e é permeada por incertezas, pela busca da identidade e do reconhecimento social e familiar, inerentes a essa fase da vida.

A gravidez na adolescência é uma questão desafiadora no âmbito das políticas públicas de saúde. É discutida mundialmente, devido aos fatores psicossociais e obstétricos

que poderão comprometer a saúde da adolescente e do RN, independentemente do meio cultural em que se encontra inserida (SANTOS et al., 2014). Por esse motivo, uma mãe adolescente necessita de mais atenção dos profissionais da ESF, para que eles possam identificar precocemente os problemas que, porventura, venham interferir em sua saúde e, conseqüentemente, nos cuidados com o RNPT.

Vale ressaltar que apenas uma mãe mencionou a fé e a presença de Deus como elementos fundamentais para que possa enfrentar o sofrimento e recuperar a saúde de seu bebê prematuro. Esse tipo de pensamento pode motivar e até restaurar a confiança do indivíduo em lidar com as adversidades.

Alguns estudos retratam que a fé em Deus, independentemente das crenças religiosas e espirituais, é um suporte para o indivíduo superar o sofrimento, já que se sente convicto de que a intervenção de um Ser supremo pode interferir positivamente no curso da doença de um ente querido. Assim, propaga um pensamento otimista e eficaz para ressignificar a vida (ZANI et al., 2015).

A espiritualidade das famílias em relação à esperança de resultados positivos na melhoria do desenvolvimento do RNPT deve ser acolhida e compreendida pelos profissionais, para evitar qualquer atitude preconceituosa que interfira na assistência (ANJOS et al., 2012).

Outro aspecto apreendido nas entrevistas diz respeito às experiências anteriores de algumas mães com filhos prematuros, demonstrando sentirem mais seguras para continuar com os cuidados no domicílio, como também pela melhora clínica do bebê.

*[...] meu primeiro filho foi prematuro e acho que ser mãe já é especial, mas mãe de prematuro ela tem que ser duas vezes mais especial, tem que ser forte, porque é cheio de altos e baixos, numa hora está bem e outra hora não está, e agora eu estou bem, estou feliz. (MC8g)*

*[...] agora eu estou me sentindo bem melhor, porque ele está bem, eu estou vendo um resultado no tratamento dele [...] ele não é tão prematurozinho assim como o outro, porque, na verdade, eu já cuidei de outro filho que nasceu de sete meses, bem menor, bem prematuro mesmo, aí para mim é normal. (MC7)*

Esses relatos denotam que a familiarização proporcionada por uma experiência anterior de nascimento de um filho prematuro pode favorecer uma vivência positiva dessas mães com o outro filho que acaba de nascer, também prematuro, e pode gerar sentimento de segurança no convívio familiar e na realização dos cuidados com seu bebê no domicílio.

Conforme estudo realizado por Melo et al. (2012), existe ambigüidade no cotidiano e nos sentimentos de ser mãe de um bebê prematuro, com medo de perder o filho, mas também

com a crença na melhora do bebê. Isso significa que, quando a mulher consegue superar os sentimentos e as sensações do parto prematuro, passa a aceitar a situação atual e compreender bem mais as necessidades do filho. Assim, ela consegue superar as dificuldades e ressignificar seu modo de viver como mãe de um bebê prematuro.

Ressalte-se, porém, que, na perspectiva de uma possível negação da realidade, encoberta por uma experiência anterior, a mulher procura transparecer tranquilidade quando fala sobre os cuidados com seu filho prematuro, o que corrobora a ambiguidade dos sentimentos. Por isso, os profissionais da ESF não devem dar assistência somente ao RN, mas também a todas as pessoas/famílias que estejam envolvidas no cuidado com o RNPT, pois a influência ou a falta da família na terceira etapa do MC pode determinar a melhoria ou não da saúde dos bebês e o suporte emocional às mães (BRASIL, 2015).

Assim, para proporcionar um cuidado humanizado e integral ao binômio mãe-RNPT e/ou de baixo peso, é necessário estabelecer um diálogo efetivo entre a tríade profissional-mãe-família, na perspectiva de compreender o indivíduo em suas particularidades, pois cada ser é único, e as experiências vivenciadas durante os cuidados com o RNPT refletem em seu comportamento (MELO et al., 2012).

Mas, para a uma assistência humanizada e integral, é necessário que os profissionais estabeleçam um vínculo com a mãe canguru e seus familiares, o qual deve ser construído desde a APS e fortalecido em toda RAS, reduzindo a possibilidade da ocorrência de agravos para a saúde do binômio mãe-bebê.

Por isso, mediante a perspectiva de alta hospitalar do RNPT, a preparação da mudança da segunda para a terceira etapa do MC torna-se um grande desafio para profissionais e familiares, devendo ser estabelecido alguns critérios, dentre eles, o compromisso assumido pelos pais e pelos familiares em dar continuidade à posição canguru no domicílio (BRASIL, 2014).

No momento da alta hospitalar, os pais precisam estar cientes de que podem fazer algumas atividades do cotidiano com o bebê em posição canguru sem prejudicar a saúde do mesmo e solicitar a ajuda de outros membros da família, como filhos mais velhos e avós, para ajudarem nesse processo. Essa é uma maneira de construir um vínculo afetivo com o novo membro, que foi afetado pelo distanciamento no período da internação e de reorganizar a estrutura familiar (BRASIL, 2014).

No processo da assistência dos profissionais da ESF às famílias dos RNPT, é preciso reforçar que a posição canguru deve ser realizada até que o RN obtenha o peso de 2.500g ou enquanto for confortável para a mãe e o bebê (BRASIL, 2015).



A continuidade da realização da posição canguru no domicílio traz uma série de benefícios para os pais, a família, os bebês prematuros e a própria EqSF, pois proporciona o vínculo entre mãe-filho que foi prejudicado pela separação no período da internação, promove o controle térmico, estimula o aleitamento materno, contribui para melhorar o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN, favorece a estimulação sensorial, reduz o estresse e a dor do RNBP, dá mais segurança aos pais em relação aos cuidados com seu filho e possibilita uma relação de confiança da família com os profissionais da EqSF (BRASIL, 2014).

Durante as entrevistas, quando perguntadas sobre a continuidade da posição canguru após a alta hospitalar, apenas duas mães afirmaram realizá-la.

*[...] sempre boto Ele (filho) no canguru, hoje mesmo fiz, pois Ele começou a ter soluço e depois que estava no canguru passou, é interessante, é uma ciência mesmo o contato pele-a-pele [...]* (MC2)

*[...] continuo realizando o canguru em casa do mesmo jeitinho. Coloco Ela (filha) aqui no peito e fico o máximo possível para Ela pegar o calorzinho [...]* (MC6)

Em um dos discursos, é perceptível o efeito benéfico que a continuidade da posição canguru no ambiente domiciliar proporciona para a saúde do RNPT, como também na promoção da segurança materna para o desempenho dos cuidados, e na construção do apego entre o binômio mãe-bebê. Isso demonstra que as ações educativas voltadas para essas mães são sobre maneira relevantes, no que diz respeito a incentivar a posição canguru desde o período da internação hospitalar, perpassando pela assistência da EqSF e durante o acompanhamento desses RN no follow-up.

As mães que não estavam mantendo a posição canguru na terceira etapa alegaram ter encontrado algumas dificuldades no retorno ao domicílio, apesar de terem sido orientadas durante o período de internação sobre o benefício do contato pele a pele para recuperação de seus bebês, prevenir algumas patologias e, até, evitar uma nova internação.

*[...] não faço canguru não, ainda tenho medo de fazer algumas coisas com Ele (filho).* (MC10a)

*[...] é muito difícil conciliar um bebê recém-nascido com o serviço de casa e fazer o canguru, ainda mais quando está cirurgiada.* (MC4)

*[...] não faço, procuro manter Elas (filhas) bem aquecidinhas pra manter o peso, é difícil cuidar das duas, não é fácil.* (MC8g)

*[...] em casa mesmo não estou fazendo o canguru não, pois não tenho ajuda de ninguém e nem do marido, eu não moro com ele, eu mesmo cuido do meu filho [...]* (MC1)

*[...] faço não, eu não recebo ajuda de ninguém, não tenho ninguém próximo e o meu marido não sabe fazer nada, até mesmo na maternidade não tive ninguém para me ajudar [...]* (MC3)

Nos discursos, fica evidente a falta de apoio familiar, a sobrecarga e as fragilidades que estas mulheres estão expostas ao retornarem para os domicílios com seus filhos prematuros, dificuldades estas que podem vir a interferir nos cuidados realizados com o RN e na continuidade da posição canguru.

Pesquisa realizada em Bangladesh concluiu que o nível cultural da comunidade, a não compreensão da etiologia de algumas doenças e a falta de apoio comunitário contribuem para as dificuldades relatadas pelas mães para continuarem realizando a posição canguru no domicílio (HUNTER et al., 2014).

Um estudo referente à realização da posição canguru no domicílio demonstrou que a visão histórica, cultural e social em relação à posição da mulher na sociedade contribui para a quebra de sua continuidade, pois, a depender do meio em que vive, ela assume o papel de mantenedora da saúde dos filhos e dos afazeres domésticos, enquanto o homem, a quem cabe a função de sustentar a família, fica muito ausente do ambiente familiar e não pode cuidar do RN nem dar apoio à mulher nesse momento de construção e fortalecimento do apego ao bebê (SANTOS et al., 2013).

O nascimento de um bebê a termo, naturalmente, gera dificuldades na realização dos cuidados, na adaptação e na interação da tríade mãe-filho-família, e em se tratando de um RNPT e/ou de baixo peso, essas dificuldades se acentuam, pois os pais começam a vivenciar uma realidade totalmente diferente do seu imaginário. Isso intensifica as fragilidades familiares, repercute intensamente na dinâmica familiar e pode acarretar distúrbios no desenvolvimento infantil (ZANI; SOUZA, 2014).

Muitas mães de RNPT costumam relatar medo, insegurança, autoestima baixa, dificuldades de prestar os cuidados ao filho no domicílio, devido também à falta de habilidade, quando comparadas com as que contam com a presença de um profissional de saúde durante a realização dos cuidados com o bebê no período de internação (CARMONA et al., 2012). A falta de um suporte familiar para a mulher que acabou de retornar ao domicílio com seu RNPT compromete tanto sua saúde quanto a do seu bebê, por isso a família é um

importante apoio para os pais que vivenciam a prematuridade de um filho, principalmente para amenizar os sentimentos de medo e insegurança da mãe (ZANI; SOUZA, 2014).

Durante a entrevista, apenas quatro mães mencionaram o apoio familiar e social que receberam ao voltar para casa, o que confirma a importância do suporte familiar na execução dos cuidados com o RNPT/baixo peso e na continuidade da posição canguru. Isso fortalece essas mulheres, para que possam enfrentar as dificuldades inerentes a essa nova etapa de suas vidas fora do ambiente hospitalar.

*[...] a família todinha está do meu lado, a sogra, a minha mãe, a minha irmã estão lá em casa comigo me dando uma força, porque, se não fosse isso, eu acho que não conseguia fazer nada em casa [...]* (MC4)

*[...] minha mãe é muito importante, ela está sendo tudo para mim, porque, se ela não estivesse comigo, eu não sei como é que ia ser [...]* (MC9g)

*[...] recebo ajuda da sogra, das cunhadas, das vizinhas, e acho importante tanto para os bebês como para mim, porque me deixa mais segura [...]* (MC8g)

*[...] recebo mais ajuda da minha vizinha, gosto mais da ajuda dela porque acho que ela me protege mais do que minha mãe, me sinto melhor com ela (vizinha) do que com minha mãe [...]* (MC10a)

Corroborando as falas das participantes, um estudo realizado com mulheres que compareceram, na primeira semana depois da alta, ao follow-up de um hospital da rede pública estadual do município de Fortaleza–CE, constatou que a ajuda familiar e o apoio emocional que elas receberam no retorno ao domicílio estavam contribuindo expressivamente para reduzir o medo e a insegurança delas em relação ao desempenho dos cuidados com o RNPT/baixo peso, proporcionando autoconfiança e elevação da alta estima (FROTA et al., 2013).

O apoio social, principalmente quando oferecido pela família, e o auxílio do marido, durante os cuidados com o RNPT e/ou baixo peso, representam para essas mulheres o fortalecimento de sua saúde, já que se encontra fragilizada e precisa de cuidados que são necessários para se reabilitar e se recuperar durante o período puerperal, como também para a continuidade da realização da posição canguru (FROTA et al., 2013).

Na perspectiva de que as mães não abandonem a realização da posição canguru no domicílio, é fundamental que os profissionais da ESF fiquem atentos às situações intrínsecas ao ambiente e à conjuntura familiar em que a mãe e o bebê estão inseridos se que poderão interferir em sua continuidade, pois, com o nascimento de um filho prematuro, também

surgem pais prematuros, com suas dificuldades e adversidades em relação ao momento que estão vivenciando. A assistência da EqSF deve estar voltada para as necessidades sociais, emocionais e psicológicas das puérperas, proporcionar a continuidade da posição canguru e, consequentemente, fortalecer o vínculo afetivo entre os pais, o bebê e a família(SANTOS et al., 2013).

Com relação ao incentivo para a continuidade da posição canguru no domicílio, cabe aos profissionais da ESF orientar as mães para que não abandone essa ação após a alta hospitalar, explicando os vários benefícios que propicia, tanto para o RN como para os pais. A continuidade da realização da posição canguru vai estimular a maternagem dessas puérperas, potencializando o cuidado ao RNPT e reduzindo os sentimentos negativos provenientes da prematuridade e do período de internação na UTIN, além de implicar positivamente na relação pai/mãe/bebê (SANTOS et al., 2013).

Quando a posição canguru passa a ser rotina no ambiente domiciliar, os pais do RNPT começam a experimentar uma sensação de segurança e, consequentemente, uma ligação especial e afetiva com o filho. Assim, as dúvidas, as inquietações e os sentimentos de culpa sentidos no início da alta hospitalar diminuem, e a autoestima da mulher se eleva (BRASIL, 2015).

Em nenhum momento as participantes desta pesquisa relataram receber apoio dos profissionais da ESF após a alta hospitalar. Portanto, fica evidente o quanto é importante que os profissionais da EqSF estejam atentos à chegada das mães-canguru com o RN no domicílio, por meio de visitas domiciliares feitas pelos ACS para obter informações sobre sua saúde e a possível data da alta de ambos. Para a realização da assistência de enfermagem e médica à mãe e ao seu bebê prematuro, a visita domiciliar deve acontecer o mais breve possível, e durante os momentos de interação com a puérpera e seus familiares, os profissionais da ESF devem apoiá-los, esclarecendo as dúvidas e consequentemente, reduzindo as dificuldades, além de estar atento, para compreender o que não está sendo relatado e identificar no ambiente e no contexto familiar, possíveis problemas que possam interferir nos cuidados com a puérpera, o RN e a continuidade da posição canguru no domicílio.

## 4.2 Assistência dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na terceira etapa do Método Canguru

A assistência ao RN realizada pela EqSF deve estar centrada na integralidade, seja o nascimento de termo ou prematuro, e acontecer de forma que priorize seu contexto familiar, com foco nas necessidades e nas peculiaridades que o bebê e sua mãe apresentarem (BRASIL, 2013).

O modelo de APS preconizado no Brasil tem como preceito a reestruturação do sistema de saúde, focado nas ações realizadas pela ESF, no que se refere ao avanço do controle das doenças, à melhoria da promoção da saúde, ao fortalecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade e ao controle social, visando a uma assistência humanizada, descentralizada e voltada para as necessidades locais e específicas de cada família inserida nos territórios das EqSF (SOUZA et al., 2013).

Nas falas seguintes, as mães expressam a fragilidade na assistência dos profissionais da ESF quando elas retornam ao domicílio com seu bebê prematuro, uma vez que as visitas domiciliares e o acompanhamento à dupla mãe-bebê não acontecem. Esse período exige uma assistência de boa qualidade para manter a integridade da saúde dos RN.

*[...] até agora não apareceu ninguém do PSF, já vai fazer uma semana que estou em minha casa e até agora não recebi ninguém, mas não faz muita diferença não, porque o agente de saúde nem passa lá em casa, é muito difícil (MC7).*

*[...] não, horrível! Não visitaram ainda, a agente de saúde faz muito tempo que não vai à minha residência, mesmo antes dos bebês nascerem [...] a agente de saúde é nossa vizinha, ela sabe que eles nasceram, mas infelizmente ela não cumpre seu trabalho direito (MC9g).*

*[...] ainda não recebi visita não, porque na verdade eu não voltei para o posto para avisar, o agente de saúde sempre ia à minha casa quando estava grávida, mas talvez não foram porque eles estejam pensando que o bebê ainda está na barriga (MC3).*

*[...] não recebi visita não, tem médico e enfermeiro no PSF, mas acho que a consulta em casa, no domicílio eles não fazem (MC10a).*

Esses relatos denotam a ausência de assistência da EqSF em relação ao binômio mãe-bebê na terceira etapa do MC, por isso, os profissionais da ESF precisam estabelecer um fluxo da assistência realizada nas comunidades onde atuam e, principalmente, devem utilizar a

visita domiciliar como ferramenta estratégica para acompanhar o binômio mãe-bebê canguru no contexto familiar, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida de ambos, incentivar a continuidade da posição canguru e de impedir a fragmentação do cuidado.

Mas, para que haja uma continuidade da assistência na terceira e última etapa do MC é preciso que exista uma comunicação entre o nível hospitalar com a APS, através de uma contrarreferência efetiva.

Porém, é notório que o sistema de referência e de contrarreferência do SUS encontra-se bastante fragilizado por diversos fatores e que, não raras vezes, são os próprios usuários e/ou cuidadores que repassam as informações para a unidade de saúde. Essa falta de comunicação entre a atenção hospitalar e a atenção primária tende a prejudicar a continuidade do cuidado com o usuário (COSTA et al., 2011; SOUSA; ERDMANN, 2012).

Também foi muito recorrente nas falas das participantes a ausência do ACS em seu acompanhamento domiciliar. Esse profissional é o membro da EqSF que estabelece um contato mais frequente com as famílias, porque a visita domiciliar é o seu principal instrumento de trabalho, de acordo com o MS, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Conforme estudo realizado por Gomes et al. (2015), a visita domiciliar é um serviço inerente à ESF, porém requer habilidade, predisposição e disponibilidade de tempo de todos os profissionais da EqSF. Na perspectiva de contribuir para a assistência realizada pela APS à puérpera e ao seu RN, durante a visita domiciliar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UNICEF criaram o manual “*Home Visits for the Newborn Child: a strategy to improve survival*”, que contém diretrizes para nortear os profissionais durante as orientações dos cuidados domiciliares, tais como: promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo; estimular o contato pele a pele, para manter o bebê aquecido; orientar os cuidados de higiene da pele e do cordão umbilical; avaliar a presença de sinais de perigo em relação ao RN (recusa da alimentação, dificuldade respiratória, febre ou sensação de frio, convulsões), e à puérpera (sangramento excessivo, cefaléia, convulsões, febre, sensação de fraqueza, dificuldades respiratórias, corrimento vaginal com mau cheiro, dor ao urinar, dor abdominal ou perineal grave), oferecendo orientações sobre o reconhecimento, e procura imediata dos serviços de saúde; orientar quanto à necessidade de providenciar o registro de nascimento e a vacinação de acordo com os programas nacionais; identificar os RN que necessitam de cuidados e de apoio adicional (baixo peso ao nascer, doença crônica); oferecer tratamento adequado para ser realizado em casa, nos casos de infecções locais e alguns problemas de alimentação; demonstrar interesse pelo bem-estar da mãe; observar aspectos das mamas, para saber se há

edema ou hiperemia; gerenciar problemas durante a amamentação; orientar quanto ao espaçamento entre as gestações e promover aconselhamento nutricional (WHO; UNICEF, 2009).

Um estudo randomizado, desenvolvido com famílias de RNPT, concluiu que os cuidados profissionais realizados no domicílio proporcionaram benefícios tanto na redução da ansiedade dos cuidadores quanto ao comportamento e ao estado mental das crianças (SPENCER-SMITH et al., 2012).

Embora a continuidade da assistência ao RNPT/baixo peso no domicílio seja um fator determinante para manter sua saúde, dentro do contexto da realidade do Brasil, as informações sobre esse acompanhamento pelos profissionais da EqSF são bastante escassas, pois pouco se sabe quando e como acontecem as intervenções que são realizadas com esse bebê e sua família para suprir as necessidades que possam apresentar (SASSÁ et al., 2014).

Segundo Sassá et al. (2011), durante as visitas domiciliares, ainda é possível constatar problemas na continuidade da assistência ao RNPT/baixo peso e seus familiares, devido ao acompanhamento fragmentado depois da alta hospitalar e a uma articulação inadequada entre os níveis de atenção à saúde.

Estudo realizado em Londrina, a partir do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, constatou que as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde do hospital serviram como ferramenta eficaz para promover a integração das diferentes categorias profissionais e os diferentes níveis de atenção, por meio dos encaminhamentos e da referência para as UBSs, visando assistir as crianças prematuras e de baixo peso e colaborar com um atendimento integral de suas necessidades (SASSÁ et al., 2011).

Segundo o MS, as EqSF, em parceria com o NASF, as equipes de consultórios na rua (ECR) e as UBS, precisam estar capacitadas para acolher e acompanhar adequadamente os RNPT, além de compartilhar com os ambulatórios de follow-up toda a assistência prestada ao RN e a seus familiares, estabelecendo um fluxo contínuo na reciprocidade das informações (BRASIL, 2015).

Apesar dessas recomendações, foi possível identificar a percepção negativa de algumas mães em relação aos profissionais da ESF, revelando que eles não cumprem suas atribuições preconizadas pelo SUS.

*[...] pagamos nossos impostos para ter direito à saúde, um atendimento, se eles (EqSF) estão ali passaram por um concurso e se hoje eles não estão cumprindo com o que é para fazer então é porque eles não querem mesmo (MC9g).*

*[...] acho que é um descaso com a gente, porque se é PSF é para cuidar do povo, da comunidade e eles (EqSF) não cuidam, principalmente de prematuros [...]* (MC8g).

Esses relatos deixam evidente a falta de vínculo da EqSF junto à comunidade, o qual interfere na longitudinalidade do cuidado, mediante as necessidades existentes tanto da puérpera como do RNPT e/ou baixo peso, além de demonstrar uma reflexão crítica dessas mulheres em relação aos seus direitos e a assistência prestada pelos profissionais que atuam na ESF.

A literatura refere que, quando os profissionais da APS, em especial, os enfermeiros, conseguem estabelecer um vínculo com as mães e os familiares dos RN, contribuem para que participem dos cuidados com os bebês. Isso facilita a construção gradativa da autonomia em relação ao cuidado e efetiva à corresponsabilidade nesse processo, o que influencia positivamente o desenvolvimento saudável da criança com potencial redução dos riscos de adoecimento (REICHERT et al., 2016).

Os profissionais da ESF devem realizar uma assistência adequada, estimulando os pais e os familiares para que continuem realizando o cuidado com o RNPT/baixo peso no domicílio, através de orientações e ações programáticas para a construção da autonomia familiar. Essa é uma forma de reduzir o risco de morbidade e mortalidade a que esses prematuros estão expostos (BRAGA; SENA, 2012).

Portanto, é muito importante a presença e responsabilização dos profissionais da APS na terceira etapa do MC, não só com o intuito de orientar os cuidados necessários para manter a saúde dos RNPT/baixo peso, mas também de apoiar as mães para que possam enfrentar e superar as dificuldades vivenciadas no ambiente domiciliar/familiar, pelo fortalecimento do papel materno em relação à saúde dos seus bebês e delas mesmas. Mas, para isso, é primordial que os profissionais das ESF estabeleçam um vínculo com a comunidade, a fim de gerar sentimento de confiança com ela, aspectos não contemplados com as mães deste estudo.

Outras situações também foram identificadas nos relatos das participantes, tais como: a falta de compromisso da EqSF ao não fazer todas as consultas de pré-natal, a falta de acompanhamento do binômio mãe-bebê após a alta hospitalar e a não realização da busca-ativa das gestantes faltosas para identificar as razões pelas quais interromperam a assistência.

*[...] eu só fiz um mês o pré-natal lá (USF), quando a gente descobriu na ultrassom que eu estava com placenta prévia fui encaminhada para o*



*hospital para continuar o pré-natal, e depois que sai da maternidade eles (EqSF) ainda não me procuraram [...]* (MC6)

*[...] eu vinha fazendo o pré-natal com a enfermeira de lá (ESF), e fiquei de ir para a próxima consulta aí no dia a minha bolsa estourou e fui para a maternidade, acho que eles nem sabem ainda que tive o bebê com sete meses [...]* (MC1)

Essas falas remetem a uma assistência inadequada dos profissionais da ESF em relação à saúde da mulher em seu estado gravídico, período em que podem acontecer diversas intercorrências que comprometem a gestação, o parto, o puerpério e, conseqüentemente, a saúde do feto, configurando a falta de responsabilização desses profissionais com a comunidade onde se encontram inseridos, em relação ao cuidado com o binômio.

As mulheres que desenvolvem complicações na gestação, quando suas vidas e as de seus fetos são colocadas em risco, passam a pertencer ao grupo de “gestantes de alto risco” e devem ser encaminhadas para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco. Porém a EqSF deve orientá-las a manter o vínculo com a equipe que iniciou o acompanhamento, para que se mantenha informada sobre a evolução da gravidez, os tratamentos administrados a elas e a contrarreferência do serviço realizado, além de uma busca ativa dessas pacientes em seu território de atuação por intermédio da visita domiciliar (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, é muito importante que as visitas domiciliares feitas pelo ACS a essas gestantes sejam intensificadas, com o objetivo de obter informações sobre a assistência ambulatorial e a saúde das mesmas além de incentivá-las a comparecer às consultas de retorno da USF, porque muitas, quando passam a ser acompanhadas pelo ambulatório de referência para pré-natal de alto risco, reduzem suas consultas ou não retornam ao serviço da APS. Assim, interrompem a continuidade da assistência iniciada. Em contrapartida, também é necessário que os médicos e os enfermeiros da ESF garantam o acesso das gestantes de alto risco ao serviço, compartilhando a assistência pré-natal com o serviço especializado.

Por isso, independentemente da gestante de alto risco necessitar de procedimentos mais complexos, realizados pelos níveis de atenção secundária e terciária, algumas ações podem ser feitas pela equipe de saúde da AB, tais como: acolhimento e apoio a elas e aos familiares, promoção do acesso à rede de suporte familiar e social, realização de atividades educativas individuais e em grupo, orientação para continuarem consultas especializadas, estimular a adesão dos tratamentos instituídos e fazer o primeiro atendimento na suspeita de

alguma intercorrência, quando o acesso da gestante aos serviços especializados for difícil (BRASIL, 2012).

De acordo com o MS, as EqSF não podem perder o contato com as gestantes ou com qualquer outro usuário que esteja sendo assistido pelo serviço e devem responsabilizar-se pelas referências que forem necessárias e recebê-los de volta através da contrarreferência, para dar continuidade aos cuidados no nível da APS (BRASIL, 2012).

Também foi identificado, em uma das falas, que os profissionais de determinada USF orientaram a paciente a continuar o acompanhamento do RNPT e/ou de baixo peso no mesmo hospital onde aconteceu o parto sem precisar procurar a USF, transferindo toda a responsabilidade da continuidade da assistência para o ambulatório de follow-up:

*[...] o ACS nos visitou como de praxe, mas assim, não foi aquela assistência toda não como deveria ser, pois acho que deveria ser uma atenção maior do PSF, pois só foi o agente de saúde mesmo, pois eles (EqSF) disseram que como eu estava sendo acompanhada pelo hospital eu ia continuar o tratamento no hospital não precisava passar lá.(USF) (MC4)*

O relato acima explicita a falta de responsabilização da EqSF em relação à essência da ESF, que negligencia por completo os cuidados com a dupla mãe-bebê. O MS é enfático, ao afirmar que os profissionais da ESF devem garantir à comunidade adscrita a seu território o acesso a uma assistência de saúde de boa qualidade, independentemente de onde se tenha iniciado, dando continuidade ao acompanhamento de forma integral e humanizada (BRASIL, 2015).

Essa atitude da equipe de saúde não está condizente com o que é preconizado para o cuidado à saúde do RN, pois de acordo com a PNAISC (2015), a AB deve ofertar a dupla mãe-bebê, após a alta hospitalar, um conjunto de ações de saúde que favoreçam a continuidade do cuidado no domicílio, como também compartilhar com a atenção especializada o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral do RN.

Portanto, na terceira etapa do MC, a EqSF também deve fazer consultas com os RNPT, mesmo que estejam sendo acompanhados pelo seguimento hospitalar, e ficar atenta a qualquer intercorrência, além de estabelecer um diálogo aberto com a família, para incentivá-la a continuar o atendimento e garantir uma boa qualidade de vida aos RN. Já os ACS, durante as visitas domiciliares, devem observar a relação familiar, ficar atentos a possíveis sinais de risco de agravos, comunicarem à equipe algum problema que comprometa a saúde dos RNPT e incentivar a família a aderir ao tratamento. É extremamente importante a parceria entre a

família e a equipe para promover os cuidados neonatais e empoderar à mãe na execução dos cuidados com seu filho (BRASIL, 2015).

Um estudo realizado para avaliar as estratégias de continuidade do cuidado com a criança egressa da UTIN e sua família, depois da alta hospitalar, evidenciou a necessidade de efetivar a intersetorialidade nos serviços, através da integração da APS com o programa de acompanhamento, a construção de vínculo com a comunidade e uma formação tecnocientífica dos profissionais para acompanharem os RNPTs e seus cuidadores (BRAGA; SENA, 2012).

Em contraposição às diversas experiências negativas para garantir a continuidade da atenção aos RN egressos de UTIN vivenciadas no Brasil, pode-se destacar o êxito alcançado pela Academia Americana de Pediatria, depois que implantou o *Developmental TIPS (Tracking Infants Progress Statewide)* – Sistema Estadual de Rastreamento do Desenvolvimento Infantil, que garante o monitoramento e o acompanhamento de RN prematuros, sendo coordenado pelo Instituto Munroe-Meyer no Centro Médico da Universidade de Nebraska por meio de uma estrutura articulada entre os serviços de saúde, os serviços sociais, a educação e a família (BRAGA; SENA, 2012).

O *Developmental TIPS* é um programa cujo objetivo é apoiar os RN que estiveram na UTIN, monitorando seu desenvolvimento, dando educação e recursos para suas famílias, e de coletar informações sobre como esses bebês crescem e se desenvolvem, a fim de atender às suas necessidades. Nesse programa, o tipo de acompanhamento é determinado pelo tempo de alta da UTIN e dividido em: acompanhamento por perguntas, em que é enviado um questionário para a casa da família do RN; acompanhamento pela avaliação do desenvolvimento em uma clínica especializada; e acompanhamento pela avaliação global, em que a equipe de saúde avalia o desenvolvimento infantil em parceria com a escola (UNMC, 2017).

Portanto, a EqSF deve fazer a visita domiciliar ao RNPT/de baixo peso o mais precocemente possível, logo depois da alta hospitalar, e planejar com a família as ações para adaptar o bebê ao ambiente domiciliar, identificando as possíveis dificuldades no processo de cuidar e, se necessário, intervirmos problemas detectados, objetivando reduzir a insegurança da mãe e da família. É fundamental que a equipe da APS conheça o MC, fique atenta ao controle dos retornos ambulatoriais e, quando necessário, faça uma busca ativa no domicílio para evitar que o tratamento do RN seja abandonado (BRASIL, 2015).

Quando foram perguntadas sobre a importância de receber visita domiciliar dos profissionais da EqSF, as mães responderam:

*[...] acho importante a visita, para me sentir mais segura, saber que tem alguém me acompanhando, me orientando [...] porque só quem trabalha na saúde é que sabe mais coisas dos cuidados. (MC2)*

*[...] é importante sim, mas é porque lá (EqSF) é meio complicado. (MC6)*

*[...] é bom, com certeza, porque vai nos ajudar, vai orientar mais naquilo que a gente não sabe ainda, e um profissional na saúde ajuda agente e muito [...] me sinto até constrangida, porque na hora que agente mais precisa ter a força deles e não está lá, fica difícil para gente. (MC5g)*

*[...] eu acho importante receber a visita domiciliar, porque Ele (filho) é prematuro, e acho que eu também precisaria [...] (MC10a).*

No que diz respeito à visita domiciliar, essa atenção é essencial para se reconhecer a realidade dessas famílias, fortalecer o vínculo com a equipe, diminuir a ansiedade e esclarecer as dúvidas, deixando as mães mais seguras e com a certeza de que continuará a receber apoio e assistência que vinham recebendo dos profissionais da saúde no período da hospitalização.

A visita domiciliar no período puerperal, realizada logo depois da alta hospitalar, deve ser considerada como uma assistência fundamental para a promoção da saúde e a proteção da mãe, do filho e da família, pois proporciona a detecção das fragilidades que podem afetar a saúde infantil, além de favorecer a captação precoce dessas crianças para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento na USF, reduzindo os índices de morbimortalidade infantil (ANDRADE et al., 2015).

Sabe-se que a visita domiciliar é uma ferramenta fundamental para se continuar a assistência iniciada no nível hospitalar, que requer uma articulação entre todos os membros da equipe de saúde. É considerada como um espaço importante para a construção do vínculo, por meio de uma escuta qualificada, com ações de aprendizagem com a família, de uma investigação e compreensão do seu contexto sociocultural, na perspectiva de contribuir para melhorar a qualidade de vida do RNPT/de baixo peso, pela prevenção das situações de risco para possíveis reinternações (SASSÁ et al., 2014).

Portanto, uma abordagem individualizada e humanizada, precedida de uma atenção singular, é um aspecto intrínseco para a formação do vínculo com a comunidade e favorece a continuidade da atenção no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, pois, dessa forma, as mães passarão a sentir segurança no trabalho realizado pelos profissionais da ESF (REICHERT et al., 2016).

As mães também expressaram insatisfação em relação à negligência na assistência da EqSF. Esse fator interfere profundamente na construção do vínculo de confiança e respeito da

população a esses profissionais, como também no acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento adequados dos RN egressos da UTIN, colocando-os, muitas vezes, em situações de risco para manter suas vidas.

*[...] o que falta é justamente mais empenho do pessoal lá da equipe (EqSF), para poder melhorar a situação da saúde lá no bairro, é muito difícil, porque muitas pessoas acham que só porque são concursados estão seguros para o resto da vida, não vai ser demitido, aí é que está o problema. (MC9g)*

*[...] Os profissionais do PSF não tem formação nenhuma para cuidar de prematuros, não são preparados, eles não têm noção do que é um bebê prematuro, não tem nenhuma especialidade para prematuro é tanto que nem ligam para quando você tem um bebê prematuro, eles não são qualificados, senti isso quando fui com o outro (primeiro prematuro), acho que eles acham esquisito um prematuro. (MC8g)*

As mães mencionam a falta de interação e de compromisso dos profissionais da EqSF com a comunidade e, conseqüentemente, seu despreparo para continuarem cuidando do RNPT e/ou de baixo peso. Isso pode se configurar como uma possível falta de habilidade desses profissionais da APS e/ou desconhecimento do MC e das normas preconizadas pela PNAISC, o que propicia para a comunidade uma visão de descaso dos profissionais da ESF em relação à assistência realizada aos RNPT e à sua família no retorno ao domicílio.

Em um estudo realizado para avaliar as estratégias de continuidade do cuidado com a criança egressa da UTIN e sua família, depois da alta hospitalar, mostraram a importância de se construir vínculo com a comunidade e de efetivar a intersetorialidade nos serviços, pela integração da APS com o programa de acompanhamento, como também a necessidade de uma formação tecnocientífica dos profissionais da ESF para dar assistência aos RNPT e seus familiares no domicílio (BRAGA et al., 2012).

Um estudo que comparou o desempenho dos profissionais da EqSF com os da UBS tradicional identificou uma discreta superioridade da ESF, porém, mesmo com uma situação privilegiada em relação ao contexto social e familiar, ainda apresenta dificuldades e desafios operacionais que precisam ser sanados se necessita que todos os profissionais exerçam suas atribuições de forma integral (MARIN et al., 2013).

É notório que as EqSF apresentam diversas fragilidades, porém as situações relatadas por essas mulheres devem deixar de acontecer, e os profissionais precisam se conscientizar de que é imprescindível melhorar a assistência prestada a tríade mãe-RNPT-família. Para isso, são necessárias mudanças nas políticas públicas de saúde, incentivos e investimentos públicos para o aperfeiçoamento/qualificação de todos os profissionais da ESF em relação à saúde da

criança, por meio de uma educação permanente em saúde, como também melhorias estruturais nos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, é essencial a participação ativa da EqSF para a realização de uma assistência humanizada e de boa qualidade ao binômio mãe-bebê prematuro na APS, o que requer dos profissionais que se qualifiquem, estabeleçam vínculo com a comunidade, respeitando suas culturas e realidade, e planejem ações estratégicas para a realização do cuidado integral, visando à promoção, à prevenção e à manutenção da saúde de todas as famílias que estão vivenciando o nascimento de um bebê prematuro.

## 5 Considerações finais

Os resultados demonstraram uma descontinuidade da posição canguru depois da alta hospitalar. A maioria das mães participantes desta pesquisa vivenciou dificuldades no retorno ao domicílio com seu RNPT, como falta do apoio familiar na realização dos afazeres domésticos e nos cuidados dispensados ao RN, de acompanhamento, suporte e estímulo da EqSF para continuar a empregar o método na terceira etapa. Essas situações são determinantes no desempenho materno para os cuidados com o RN e na construção do apego entre o binômio mãe-bebê e fortalecimento da maternagem.

Os dados também revelaram insatisfação dessas em relação à assistência prestada pelos profissionais da ESF em seu retorno ao domicílio, pois nenhuma participante mencionou ter recebido a visita da EqSF após alta hospitalar. O estudo indicou que esses profissionais não dão continuidade à assistência ao binômio mãe-bebê na terceira etapa do MC, como preconizado pelo MS. Logo, precisam estabelecer a visita domiciliar como rotina da prática em seu acompanhamento, para identificar precocemente possíveis agravos que possam interferir na saúde emocional e física da puérpera e no desenvolvimento dos RNPT e/ou de baixo peso.

É preciso que as equipes de saúde da família compreendam a importância de estabelecer e fortalecer o vínculo com a comunidade para continuar à prática do cuidado com os RNPT e/ou baixo peso e familiares. Porquanto, o estudo evidenciou que os profissionais da ESF não atuam na terceira etapa do MC, e isso denota uma ruptura na continuidade da assistência para a implementação da posição canguru no domicílio. A APS tem papel primordial no processo de adaptação e no rearranjo familiar, logo após a alta hospitalar e o retorno da mãe com o seu bebê prematuro ao domicílio.

Para que a assistência ao binômio mãe-bebê canguru seja realmente efetivada na APS, é indispensável que os profissionais da ESF sejam sensibilizados e capacitados para executar todas as ações essenciais, por meio de uma assistência articulada e compartilhada entre os diversos níveis de complexidade da RAS, a fim de proporcionar a integralidade do cuidado.

Para tanto, todo esse processo só acontecerá se os gestores incentivarem os profissionais da ESF, por meio da educação permanente em saúde, proporcionando-lhes espaços para experiências reais, e analisarem o desenvolvimento do follow-up e o sistema de comunicação, referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde. É preciso, ainda, investigar se a rede terciária do município em estudo está realizando alta precoce dos RN para

as mães continuarem a posição canguru no domicílio, e se a atenção primária, o NASF e a equipe de consultório de rua, atuam em parceria com a ESF na assistência prestada ao RNPT e/ou baixo e seus familiares, para incluí-los nas capacitações programadas, pois, de acordo com o MS, esse fluxo faz parte do processo de continuidade da assistência na terceira etapa do MC.

Assim, considerando os resultados apresentados e a fragilidade demonstrada na literatura em relação à participação da ESF no cuidado voltado para o RNPT e/ou baixo peso, sugere-se a necessidade de novas pesquisas que abordem a assistência da APS na terceira etapa do MC, tendo como foco as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da EqSF no desenvolvimento desses cuidados, tanto no nível primário como hospitalar, como forma de contribuir na melhoria da qualidade da atenção prestada aos RN e seus familiares, e com isso reduzir as taxas de morbimortalidade infantil no Brasil.



## Referências

- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.19, n.1, p.181-186, jan/mar. 2015.
- ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v.65. n. 4, p.571-577, jul/ago. 2012.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**. Brasília, v.67, n. 6, p.1000-1007, nov/dez. 2014.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e dos profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, abr/jun. 2015.
- BAILER, C.; TO MITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. F. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**. v. XXIV: 129-146, São Paulo: LAEL/PUCSP. 2011.
- BAPTISTA, B. O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 33, n 1, p. 147-156, mar. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROSO, M. L.; PONTES, A. L. de; ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista da rede de enfermagem do nordeste (RevRene)**.v. 16, n. 2, p. 168-175, mar/abr. 2015.
- BOTELHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 46, n 4, p. 929-934, 2012.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília, DF, 80p. 2005.

\_\_\_\_\_. Normas de Orientação Para a Implantação do Método Canguru. **Portaria nº 1.683 MS/GM, de 12 de julho de 2007**. Ministério da Saúde. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\_12\_07\_2007.html> Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-nascido**. Guia para os Profissionais de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Volume 1. Brasília - DF; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília - DF; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília – DF. nº 33; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** – 5. ed – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Plano de ação da rede cegonha**. Brasília, DF, 98p. 2012.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** – 2. ed. atual. – v. 4, Brasília - DF; Editora do Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília – DF, 2011. Disponível em: <[www.saude.pi.gov.br/ckeditor.../DOCUMENTOS\\_REDE\\_CEGONHA](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor.../DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA)>. Acesso em: 09 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília - DF, 127 p. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru:** seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. 274 p. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** - Ministério da Saúde. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança– PNAISC. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Ministério da Saúde. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 15 out. 2016.

BUCCINI, G. S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 11, n. 3, p. 239-247, jul/set. 2011.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, jun. 2011.

CARMONA, E. V. et al. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 46, n. 2, p. 505-512, abr. 2012.

CASTRO, E. C. M. et al. Perinatal factors associated with early neonatal deaths in very low birth weight preterm infants in Northeast Brazil. **BioMed Central (BMC Pediatrics).** v. 14, p. 312-319, dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução – 311/2007. **Código de Ética dos Enfermeiros.** Disponível em: <[www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007\\_4351.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html)>. Acesso em: 08 dez. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF); 2013 jun 13. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 08 dez. 2016.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 16, n. 7, p.3229-3240, 2011.

COSTA, R. C. et al. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Online]. v. 3, n. 2, p. 41-53, jul/dez. 2014.

UNIVERSITY OF NEBRASKA MEDICAL CENTER –UNMC. **Developmental TIPS**. Munroe-Meyer Institute. 2017. Disponível em: [www.developmentaltips.com/](http://www.developmentaltips.com/) Acesso em: 23 mar. 2017.

FIGUEIRAS, A. C.; SOUZA, I. C. N. de; RÍOS, V. G. et al. Organización Panamericana de la Salud. **Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI**. Washington, D.C.: OPS. 2. ed. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 17-27, Rio de Janeiro – RJ, Jan. 2008.

FRANÇA, E. et al. Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. In: **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais: transformações na população brasileira: complexidades, incertezas e perspectivas**. Águas de Lindóia - SP: Anais, 2012.

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

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S.; SIQUEIRA, V. C. A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. **Cogitare Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 730-737, out/dez.2012.

GAIVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011.

GOMES, I. M. et al. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Escola Anna Nery** (impr).v.17, n. 3, p. 55 – 561, jul/set. 2013.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, 45 p. (Pós-graduação); 2014.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo –v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015.

GONTIJO, T. L. et al. Fatores associados ao método canguru no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais -RMMG**. v. 25, n. 3, p. 315-321; 2015.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, n.5. , p. 935-944, maio 2012.

HECK, G. M. M. et al. Compreensão do sentimento materno na vivência do método canguru. **Revista de Enfermagem da UFSM- REUFSM**. v. 6, n. 1, p. 71-83, Jan/Mar. 2016.

HELLE, N. et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. **Journal of Affective Disorders**, 180, p.154–161, jul. 2015.

HUNTER, E. C. et al. Newborn care practices in rural Bangladesh: Implications for the adaptation of kangaroo mother care for community-based interventions. **Social Science & Medicine**, 122, p. 21-30, out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Contagem da população** – Paraíba, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2016. Disponível em:<[http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraib  
aljoao-pessoa|infograficos:-informacoes-completas](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraib%20joao-pessoa|infograficos:-informacoes-completas)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

LEITE, G. **Reflexões sobre o conceito de felicidade para sociedade contemporânea**. Disponível em: <[giseleleite2.jusbrasil.com.br/artigos/.../reflexoes-sobre-o-conceito-de-felicidade-para](http://giseleleite2.jusbrasil.com.br/artigos/.../reflexoes-sobre-o-conceito-de-felicidade-para)>. Acesso em: 09 dez.2016.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção** [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.

MALAQUIAS, T. S. M.; GAÍVA, M. A. M.; HIGARASHI, I. H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, n. 1, p. 62-68, mar. 2015.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, v. 1, p. 163-182, 2012.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul/set. 2013.

MATTAR, F. N.; OLIVEIRA, B. A. C. de; MOTTA, S. L. S. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise**. 7. ed. Rio de Janeiro. Editora: Elsevier Campus, v. 1. 482 p., 2014.

MEIRA, R. M. B.; PEREIRA, A. J. **Cartografia do SUS em João Pessoa: estabelecimentos, ações e serviços de saúde**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 1ª edição, 2012.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 65, n. 4, p. 675-679, 2012.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. O sentido do ser-mãe que tem a possibilidade de tocar o filho prematuro na unidade intensiva: contribuições para a Enfermagem neonatal. **Escola Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 2, p. 219- 226, abr-jun, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf)> Acesso em: 22 out. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2012.

MONTEIRO, A. I. et al. A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 73-80, 2011.

MOURA, L. F. A. “**A primeira semana saúde integral**” no município de Mutum - MG. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Governador Valadares. Governador Valadares: p. 28, 2011.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela Enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-522, out/dez, 2013.

PERRONE, R. A. P.; OLIVEIRA, V. B. Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. **Estudos de Psicologia**, Campinas-SP; v. 28, n. 2, p. 269-277, abr/jun. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA - PMJP. [Internet]. João Pessoa (PB): Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO- ODM: **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília – 208 p. 2014. Disponível em: <[www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 114-26, 2012.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016.

RODRIGUES, L. S. et al. Aspectos importantes sobre a mortalidade infantil em Itapecerica – Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)**. v. 3, n. 1, p. 498-506, 2013.

SANTOS, L. M. dos. et al. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Revista de pesquisa: cuidado fundamental**. online. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.3504-3514, jan/mar. 2013.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-726, mar. 2014.

SASSÁ, A. H. et al. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

SASSÁ, A. H. et al. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao RN de muito baixo peso. **Acta Paul Enferm.**; v. 27, n. 5, p. 492-498, jul. 2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES) - PB. **Taxa de mortalidade infantil neonatal em João Pessoa**. 2013. Disponível em:<infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/mortalidadeinfantil/neonatalmun>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 188-195, mai/jun. 2010.

SOUZA, E. S.; MAGALHÃES, L. C. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 30, n. 4, p. 462-470, 2012.

SOUSA, F. G. M. S.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado com a criança na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 795-802, set/out. 2012.

SOUZA, M. G. de; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.3, p.772-9. jul/set. 2013.

SOUZA, M. H. N. et al. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery** (impr.). Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 671-677, out/dez. 2011.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.18, n. 4, p. 647-656, out/dez. 2013.

SPENCER-SMITH, M. M. et al. Long-term benefits of home-based preventive care for preterm infants: a randomized trial. **Pediatrics**. v. 130, n. 6, p. 1094-1101, 2012.



UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Agenda pela infância 2015-2018: desafios e propostas nas eleições 2014**. Brasil, 2014.

VIDAL, V. U. A. **Puericultura e autonomia das mães: uma relação possível?** Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 115 f. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. Geneva, 2013.

WORLD BANK; WHO; UNICEF. **Levels & Trends in child mortality** - Report 2013. Disponível em: <<http://www.childmortality.org/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF) Join statement. **Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival**. Geneva. 2009. Disponível em: <[www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/who.../en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who.../en/)>. Acesso em: 02 Abr. 2017.

ZANI, A.V. et al. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rene)**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 279-286, abr/jun. 2011.

ZANI, A. V.; SILVA, C. A.; OLIVEIRA, G. S. Sentimentos dos pais frente ao nascimento do filho prematuro: Revisão integrativa da literatura. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Volume 1 – Número 1, 2015.

ZANI, A. V.; SOUZA, G. G. Apoio social e familiar às mães de recém-nascidos de muito baixo peso: estudo a partir do genograma e ecomapa. **Journal of Health and Biological Sciences (JHBS)**, v. 2, n. 4, p. 188-196, 2014.

ZANI, A. V.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. G. L. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v. 8, n. 5, p. 1347-1356, maio. 2014.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - HULW TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO Nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **Método Canguru: atenção ao binômio mãe-bebê na Estratégia Saúde da Família**, cujo objetivo é de analisar o cuidado materno com o recém-nascido na terceira etapa do método canguru e a assistência dada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao binômio mãe-bebê canguru. A pesquisadora da pesquisa é a enfermeira mestranda, Tarsila Nery Lima Batista, e orientadora, a Professora Dr<sup>a</sup> Altamira Pereira da Silva Reichert.

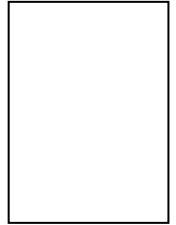
Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados na gravação só serão utilizados nesta pesquisa, e os resultados divulgados em congressos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento, a Senhora pode se recusar a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com a pesquisadora ou com o serviço de saúde que forneceu os seus dados. Sua participação na pesquisa será apenas para responder às perguntas de uma entrevista. A Senhora não terá nenhum custo ou qualquer gasto financeiro. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico e melhorar o cuidado na saúde da criança. O único risco que a Senhora corre é em relação ao desconforto pela fadiga ou cansaço, pelo fato de ter que esperar um pouco para concluir a entrevista, mas esses riscos são pequenos e superados pelos benefícios resultantes da pesquisa. A Senhora receberá uma via deste termo, em que constam o contato e o e-mail da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB – poderá esclarecer as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Desde já, agradecemos!

---

Tarsila Nery Lima Batista

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar da pesquisa proposta, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_  
(assinatura)



João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de mais informações sobre o estudo, favor ligar para a pesquisadora Tarsila Nery Lima Batista - telefone: 98889-9237 e-mail: [tarsilanery14@hotmail.com](mailto:tarsilanery14@hotmail.com), ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley- Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900.e-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br), Campus I – Fone: 3216-7964.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DA ENTREVISTA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### I - PARTE

##### Dados de identificação:



1. Codinome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: solteira()casada()estável()separada/divorciada()
4. Escolaridade: nenhuma()fundamental ()médio ()superior()
5. Endereço: \_\_\_\_\_
6. A qual Equipe de Saúde da Família pertence? \_\_\_\_\_
7. A qual distrito sanitário pertence? I() II() III() IV() V()
8. A Senhora realizou o pré-natal? Sim() Não()  
Se a resposta for positiva, em qual serviço? \_\_\_\_\_
9. Qual a maternidade onde aconteceu o parto? \_\_\_\_\_
10. Qual a data do parto? \_\_\_\_\_
11. Moram outros familiares com a Senhora? Sim () Não()  
Se a resposta foi positiva, quantas pessoas? \_\_\_\_\_
12. Qual a idade atual de sua criança que passou pelo método canguru? \_\_\_\_\_
13. Quanto tempo vocês passaram hospitalizados? \_\_\_\_\_

#### II- PARTE

1. Conte para mim como está sendo para a senhora cuidar do seu bebê no domicílio.
2. Como tem sido a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com a senhora e o seu bebê?

## **ANEXOS**

## ANEXO A

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MÉTODO CANGURU: ATENÇÃO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** TARSILA NERY LIMA BATISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54391316.7.0000.5183

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.515.237

**Apresentação do Projeto:**

O parecer a ser relatado constitui-se em avaliação de pendências apontadas no parecer anterior de nº 1.475.592 Trata-se de um projeto de Dissertação, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, sob a orientação da profa. Altamira Pereira da Silva Reichert. Será um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória. Local da pesquisa: Iniciar na rede de atenção que atende o RNPT e/ou de baixo peso do município de João Pessoa-PB, respectivamente na Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e na maternidade Instituto Cândida Vargas, culminando nas Unidades de Saúde da Família (USF) do referido município. Participantes da pesquisa: Mães de recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso que tiveram seu parto realizado nas maternidades públicas acima citadas no município de João Pessoa. Procedimento para coleta de dados: A coleta dos dados empíricos acontecerá em três momentos distintos: 1o momento - levantamento nos registros da Clínica Obstétrica do HULW e da maternidade do Instituto Cândida Vargas, situadas no município de João Pessoa-PB, a fim de identificar as mães canguru e seus respectivos endereços; 2o momento - busca das mães-canguru nos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa, identificando qual USF pertencem, para estabelecer um contato inicial com as equipes de saúde; 3o momento - visita domiciliar com ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOÃO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br

*[Assinatura]*  
 Tarsila Nery Lima Batista  
 Coordenadora  
 de Ensino e Pesq  
 N - EBSERH UF



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.515.237

coleta de dados dar-se-á por meio de uma entrevista gravada digitalmente, individual com auxílio de um roteiro semiestruturado contendo duas partes, a primeira dados de identificação da participante, e a segunda questões norteadoras. Participarão do estudo 20 mães.

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídas mães de RNPT e/ou baixo peso e estar realizando o método canguru, terem recebido alta até trinta dias de uma das maternidades públicas do município de João Pessoa, residir na área de abrangência de uma USF do referido município, e estar devidamente cadastrada na mesma. Critério de Exclusão:

Serão excluídas as mães canguru que não voltarem para sua residência após a alta hospitalar, como também, as mães que não tenham condições de responder a entrevista, seja por questões cognitivas, de saúde e/ou emocional, as quais podem interferir na capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados.

Para a análise dos dados, será utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

A pesquisa apresenta como objetivo analisar a assistência ao binômio mãe-bebê na terceira etapa do método canguru realizada pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família durante a visita domiciliar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O risco previsível que a participante corre é com relação ao desconforto pela fadiga ou cansaço, pelo fato de ter que esperar um pouco para concluir a entrevista, mas que estes riscos são pequenos e superados pelos benefícios trazidos pela pesquisa.

**Benefícios:**

O benefício relacionado à pesquisa será de aumentar o conhecimento científico e melhorar o cuidado na saúde da criança. **Objetivo Primário:**

A pesquisa apresenta como objetivo analisar a assistência ao binômio mãe-bebê na terceira etapa do método canguru realizada pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família durante a visita domiciliar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58 059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.515.237

A pesquisadora apresenta um projeto relevante, com viabilidade de execução. Os resultados obtidos com o presente estudo poderão contribuir no sentido de propiciar um incremento no conhecimento científico e melhorar o cuidado na saúde da criança.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pendência: No TCLE, acrescentar o contato do CEP com o endereço do CEP/HULW: Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 2º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059- 900 - João Pessoa-PB - Telefone: (083) 3216-7964 Horário do ; substituir o termo cópia por via.

A solicitação foi devidamente atendida.

**Recomendações:**

Recomenda-se que o pesquisador responsável e colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW". Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que as recomendações feitas na primeira apreciação foram atendidas e que o projeto está adequado no tocante aos aspectos éticos e metodológicos, conforme diretrizes da Resolução 466/2012 do CNS/MS, não há mais pendências e/ou inadequações, portanto, sou de parecer favorável ao seu desenvolvimento

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ratificamos o parecer APROVADO, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em Reunião Ordinária realizada em 26 de abril de 2016.

Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer a este CEP, para receber o PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO do projeto.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

. O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.

. O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

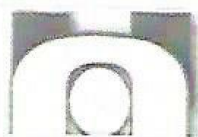
**Município:** JOÃO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964

**Fax:** (83)3216-7522

**E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br

*Elaine Moreira Freire*  
Assessora  
de Ética em Pesquisa  
JUL - EBSERH / UFPB



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.515.237

consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_677664.pdf	06/04/2016 09:37:19		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_CEP_HULW.docx	06/04/2016 09:36:42	TARSI LA NERY LIMA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/04/2016 09:35:38	TARSI LA NERY LIMA BATISTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MC_Tarsila.docx	06/04/2016 09:35:25	TARSI LA NERY LIMA BATISTA	Aceito
Outros	Certidaodocolegiado.pdf	21/03/2016 10:59:00	TARSI LA NERY LIMA BATISTA	Aceito
Outros	ANUENCIASMS.png	18/03/2016 18:25:13	TARSI LA NERY LIMA BATISTA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58 059-900

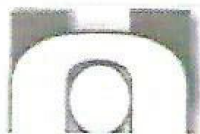
UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.515.237

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.docx	18/03/2016 18:23:23	TARSI NERY LIMA BATISTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	10/03/2016 10:30:42	TARSI NERY LIMA BATISTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO_DO_PROJETO.docx	10/03/2016 09:50:46	TARSI NERY LIMA BATISTA	Aceito
Outros	questionario.docx	10/03/2016 09:43:38	TARSI NERY LIMA BATISTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 26 de Abril de 2016

Assinado por:  
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE  
(Coordenadora)

Comitê de Ética em Pesquisa  
-UFW- EBSERH / UFPB

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964

**Fax:** (83)3216-7522

**E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br



## ANEXO B



Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 02 de maio de 2016

Processo nº 04.116/2016

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **ICV , DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V**

**ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **TARSILO NERY LIMA BATISTA**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"MÉTODO CANGURU: ATENÇÃO AO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Ana Paula Vasques Nogueira  
Técnica da Gerência de  
Educação na Saúde  
Mat.: 66.939-0

*D/ Ana Paula V. Nogueira*  
Daniela Pimentel  
Gerente da Educação na Saúde