



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA (MPSF)**



MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

**AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO RECÉM-NASCIDO EGRESSO DA UNIDADE CANGURU**

FORTALEZA

2016

MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
RECÉM-NASCIDO EGRESSO DA UNIDADE CANGURU

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da Família
da Rede Nordeste em Saúde da Família,
Nucleadora Universidade Federal do Ceará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane do
Amaral Gubert

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

FORTALEZA

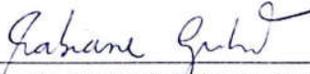
2016

MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

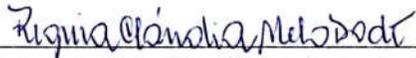
**AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO RECÉM-NASCIDO EGRESSO DA UNIDADE CANGURU**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

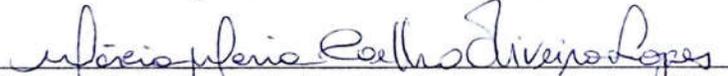
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Fabiane do Amaral Gubert (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof.ª Dr.ª Regina Cláudia Melo Dodt (Membro Efetivo)
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO



Prof.ª Dr.ª Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 18 / 08 / 2016

Fortaleza-CE

F336 Feitosa, Marielle Ribeiro.
AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O SEGUIMENTO NA AT
NASCIDO EGRESSO DA UNIDADE CANGURU / Marielle Ribeir
107 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculda
em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Método C:

À minha mãe Elisa, pelo esforço e dedicação aos nossos estudos; às minhas irmãs Danielle, Rafaelle, Gabrielle, pela força, incentivo e compreensão ao “segurarem as pontas” na minha ausência; e aos meus sobrinhos, lindos, Rhaica e Rafael, por encherem nossas vidas de amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo amor e sustentação em todos os momentos. Obrigada, Senhor!

À minha mãe, Elisa, irmãs, Danielle, Rafaelle, Gabrielle e sobrinhos Rhaica e Rafael pela paciência e amor.

Aos meus avôs, Joaquim Ribeiro (*in memoriam*) e Maria Luisa, pelo carinho, sabedoria e incentivo de sempre.

Aos meus tios, padrinhos e primos, em especial, Luisa, Chico, Lili (*in memoriam*), Luciana, Orson, Ana Paula e Gardênia, pela força e cuidado que têm comigo.

À minha família por todo o apoio!

À minha orientadora Prof^a Dra. Fabiane do Amaral Gubert, por ter me guiado nessa caminhada. Muito obrigada por ter acreditado em mim, pela paciência, dedicação, força, incentivo e ensinamentos compartilhados ao longo da construção deste trabalho. Muito obrigada!

À prof^a. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira e à prof^a. Dra. Renata de Sousa Alves, pela enorme força, cuidado e motivação que tiveram comigo para que eu pudesse seguir e concluir este mestrado. Muito obrigada!

À prof^a. Dra. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes e prof. Dra. Regina Cláudia Melo Dodt, pelo apoio e motivação, além da contribuição no exame de qualificação e participação na minha banca.

Ao prof. Dr. Paulo César de Almeida, pela paciência e colaboração na realização da análise estatística deste trabalho, além da participação na minha banca.

À turma do MPSF-RENASF-UFC pelo companheirismo, acolhimento, força e perseverança, vocês são presentes de Deus para mim, em especial, Aila e Manu, por estarem sempre por perto. À Suerda, pelo acolhimento, carinho e paciência, compartilhando conosco das alegrias e dificuldades ao longo do curso.

À turma do MPSF-RENASF-UFMA, pela força e incentivo mesmo à distância.

Aos docentes da pós-graduação pela grande contribuição no meu aprimoramento profissional. Às amigas, Aline, Flávia, Gláucia, D. Josy, Kelma, Laís, Laíze, Léa, Liana, Lina, Maristela, Nadja, Neinha, Rosevânia, em especial à Yanna, pela força, amizade e incentivo nos momentos alegres e tristes dessa caminhada.

Às mães e seus bebês prematuros e familiares, pela oportunidade de aprendizado, disponibilidade e contribuição para a construção deste trabalho.

Aos profissionais da MEAC, Alete, Flávia, Graça, Irlândia, Patrícia, Raquel, Sabrina, Sandra,

Simone, Socorro, Val, Waneska e em especial à equipe de saúde da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, pelo acolhimento, paciência e colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos os participantes do Projeto de Extensão e Pesquisa “Puericultura: cuidado à saúde da criança nos diversos cenários da atenção primária”, pela contribuição na coleta dos dados, em especial à Sarah e Émile.

A todos aqueles que me ajudaram nesta trajetória.

Muito obrigada mesmo!

Vivenciar um parto prematuro traz novas exigências. A mãe e a família precisam ser fortalecidas, competências precisam ser aprendidas, habilidades necessitam ser modeladas em todas as esferas de atendimento, seja hospitalar ou no domicílio.
(BRASIL, 2015)

RESUMO

Avanços tecnológicos e humanísticos são apresentados como estratégia de atenção perinatal e inclusão familiar para o aumento da expectativa de sobrevivência dos prematuros. O Método Canguru (MC) é o modelo adotado no Brasil como política pública para redução da mortalidade neonatal. O nascer prematuro e suas vulnerabilidades podem trazer às mães momentos de medo, tristeza e insegurança acerca dos cuidados ao recém-nascido. Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar a autoeficácia materna antes e após intervenção educativa, por meio da escala Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida, no seguimento na atenção primária. Estudo de intervenção realizado em uma maternidade de referência em Fortaleza com a participação de 43 binômios mãe e filho assistidos pela Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Foram utilizados para coleta de dados, instrumentos que mensurassem a autoeficácia das mães na 2ª, etapa do Método Canguru e no 15º dia após alta hospitalar, via telefone, no retorno à Atenção Primária. Além disso, foram realizados grupos educativos com o auxílio de jogos como estratégia de interação e fluidez do aprendizado. Os resultados evidenciaram associação entre os dados sociodemográficos e autoeficácia materna entre mães de prematuros, principalmente entre aquelas em fase reprodutiva, com ensino médio que moram na capital com seus companheiros e renda familiar menor ou igual a 1 (um) salário mínimo. A educação em saúde com o uso dos jogos educativos trouxe ao grupo de discussão sentimentos de culpa, solidão e angústia por reduzida autoeficácia nas condutas de cuidar do bebê, relacionados ao aleitamento materno, sinais de alerta e banho, mas também de motivação e superação sendo revelado aumento na autoeficácia após intervenção educativa. O estudo identificou a diminuição do uso da posição canguru no domicílio por falta da bolsa canguru e, além disso, apenas 60,5% das mães continuaram com o aleitamento materno exclusivo. Embora alguns fatores sociodemográficos possam interferir na autoeficácia materna, parece ser imprescindível o envolvimento da equipe de saúde com enfoque na educação em saúde para a alta do ambiente hospitalar e posterior seguimento na atenção primária. Assim, a partir das dificuldades apresentadas pelas mães e com o aumento da autoeficácia materna revelado após intervenção educativa o estudo demonstra que a qualidade dos indicadores da assistência ao binômio poderia ter sido mais eficaz se 60,5 % das mães tivessem recebido o apoio aos cuidados com o bebê pela equipe de saúde da família em seus domicílios.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Método Canguru. Prematuridade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Technological advances and humanities are presented as perinatal care strategy and family inclusion for increasing the survival rate of premature infants . The Kangaroo Method (MC) is the model adopted in Brazil as a public policy to reduce neonatal mortality. Premature birth and vulnerabilities can bring mothers moments of fear, sadness and insecurity about the care of newborns. Thus, the aim of this study was to analyze maternal self-efficacy before and after educational intervention through the scale Evaluation of Maternal Perceived Self-efficacy, following in primary care. intervention study in a reference maternity in Fortaleza with the participation of 43 binomials mother and son watched Unity Intermediaries Kangaroo Care (UCINCa). Were used for data collection, instruments mensurasse the self-efficacy of mothers in the 2nd, stage of the Kangaroo and the 15th day after discharge, by telephone, on returning to Primary. In addition, there was educational groups with the help of games like interaction and flow of learning strategy. The results showed association between sociodemographic and maternal self-efficacy among mothers of premature infants, especially among those in the reproductive phase, with high school living in the capital with his companions and family income less than or equal to one (1) minimum wage. Health education through the use of educational games brought the discussion group feelings of guilt, loneliness and anguish reduced self-efficacy in the ducts of baby care related to breastfeeding, warning signs and bath, but also motivation and overcoming being revealed an increase in self-efficacy after educational intervention. The study identified the reduction of the use of kangaroo position in the home for lack of kangaroo pouch and, in addition, only 60.5% of mothers continued exclusive breastfeeding. Although some sociodemographic factors can interfere with maternal self-efficacy, it appears to be indispensable involvement of the healthcare team focusing on health education for discharge from hospital and subsequent environmental monitoring in primary care, so that this relationship effectively promote maternal self-efficacy in the care of newborn. As well as the difficulties presented by the mothers and the increase in maternal self-efficacy revealed after educational intervention study shows that the quality of the indicators of assistance to the binomial could have been more effective if 60.5% of the mothers had received support for care the baby by the family health team in their homes.

Keywords: Health Education. Kangaroo Care. Prematurity. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Oficina educativa - Jogo da memória	41
Figura 2 – Oficina educativa - Manejo canguru.....	42
Figura 3 – Oficina educativa – Bonecos (bebê), próteses mamárias, placas educativas	43
Figura 4 – Oficina educativa – Técnica do banho.....	44
Figura 5 – Oficina educativa – <i>Fala Sério? Com certeza!</i>	45
Figura 6 – Oficina educativa – Técnica da pega e posição correta	45
Figura 7 – Oficinas educativas.....	46
Figura 8 – Avaliação educativa.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.....	39
Tabela 2 – Distribuição do percentual de concordância, segundo as participantes, antes e após a alta hospitalar, Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.....	49
Tabela 3 – Distribuição da Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida antes e depois da intervenção educativa e dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.....	50
Tabela 4 – Distribuição da posição canguru e características do aleitamento materno antes e após a alta hospitalar Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.....	52
Tabela 5 – Distribuição dos dados de seguimento da atenção primária em saúde após 15 dias da alta hospitalar Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRNBP-MC	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Método Canguru
PMP S-E	Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (Tradução da escala Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida)
PN	Peso ao Nascer
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNPTT	Recém-Nascido Pré-Termo Tardio
SER	Secretarias Executivas Regionais
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	Políticas de Saúde na atenção ao recém-nascido prematuro	21
3.2	O seguimento do recém-nascido na atenção primária à saúde e o uso da escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida	24
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Cenário do estudo	29
4.3	População e amostra	31
4.4	Instrumentos	31
4.5	Procedimentos para coleta de informações	33
4.6	Análise dos dados	36
4.7	Questões éticas e legais	37
5	RESULTADO	39
5.1	Caracterizações dos participantes do estudo	39
5.2	Intervenção educativa e as percepções maternas	41
5.3	A associação da Escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida com as características dos binômios e o seguimento na atenção primária à saúde	49
6	DISCUSSÃO	55
6.1	Caracterização dos participantes do estudo	55
6.2	Intervenções educativas e as percepções maternas	57
6.3	A associação da Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida com as características dos binômios e o seguimento na atenção primária à saúde	61
7	CONCLUSÕES	68
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	71
	REFERÊNCIAS	72

APÊNDICE A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIO DEMOGRÁFICOS, GRAVIDEZ E PUERPÉRIO ATUAL, POSIÇÃO CANGURU E ALEITAMENTO MATERNO	83
APÊNDICE B – DADOS DA POSIÇÃO CANGURU E ALEITAMENTO MATERNO.....	87
APÊNDICE C – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	89
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	95
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS / RESPONSÁVEIS (T.C.L.E.)	97
APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES (T.A.).....	99
ANEXO A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PERCEBIDA.....	101
ANEXO B – PB_PARECER DE APROVAÇÃO_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1173479	104

1 INTRODUÇÃO

Um número significativo de neonatos de baixo peso ao nascimento (peso inferior a 2.500g, sem considerar a idade gestacional) acaba chegando ao mundo antes do tempo previsto. Conforme Brasil (2015), esse nascer prematuro constitui um importante problema de saúde pública e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal nas diferentes regiões brasileiras. Além disso, esse momento é permeado por emoções e sentimentos, como a fragilidade, insegurança, sensibilidade excessiva e ansiedade, atribuídos ao nascimento prematuro e às condições iniciais de vulnerabilidade e instabilidade do bebê, cuja vida depende de cuidados especializados.

O componente neonatal correspondeu a 71% da mortalidade no primeiro ano de vida em 2012 sendo que 52,5% dos óbitos foram de prematuros e 25% ocorreram nas primeiras 24 horas. Esse fato merece atenção, vista a estreita relação dos óbitos com a qualidade da atenção prestada à gestante, ao parto e ao recém-nascido, uma vez que entre as causas mais frequentes estão à prematuridade, infecções perinatais e fatores maternos, reconhecidamente fatores que influenciam na sobrevivência infantil (BRASIL, 2013, 2014).

Esse panorama chama a atenção e estimula a investigação da associação entre condições de vulnerabilidade e risco de morte no primeiro ano de vida para a adoção de ações que possam reverter essa situação e reduzir o número de óbitos com uma atenção à saúde adequada. Frente a isso, um conjunto de estratégias tem sido desencadeado procurando qualificar não só o atendimento técnico aos binômios, mas, também, instigar uma abordagem por parte dos profissionais de saúde que seja fundamentada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal.

Para melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, entre as medidas adotadas está o Método Canguru, definido como um modelo de assistência perinatal na Área Técnica de Saúde da Criança Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, incorporando, assim, às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e instituído como Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, na Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2013).

Essa ferramenta incorporada nas políticas públicas de saúde e introduzida nas unidades de saúde brasileiras desde a década de 1990 busca, em conformidade aos princípios da atenção humanizada, reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido, minimizar os efeitos adversos do nascimento prematuro e melhorar o cuidado neonatal com enfoque na

efetivação na amamentação, além de reduzir as complicações/reinternações no primeiro ano de vida; reduzir a mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento, além de valorizar o momento evolutivo do recém-nascido e de seus pais com a participação da família nos cuidados ao bebê ainda no hospital a fim de possibilitar maior competência e confiança dos mesmos no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

Outro aspecto importante é a relação dos benefícios do MC para as mães quanto ao desenvolvimento da sua competência e confiança ao cuidar do seu prematuro. Nesse sentido, o conceito de autoeficácia de Bandura (1977) é definido como o julgamento que a pessoa possui sobre sua capacidade em desempenhar com sucesso um determinado comportamento, uma vez que significados e valores de influências externas podem trazer contribuições à compreensão de como as mães se sentem diante das tarefas que compõem o cuidado de seu bebê.

A prematuridade exige da mãe um tempo de adaptação e aprendizagem para desenvolver novos comportamentos para cuidar do filho. Nesse sentido, a percepção materna da autoeficácia para realizar os cuidados com o bebê pode ser importante para facilitar a adaptação com a maternidade e as experiências difíceis desse processo podem ser fortalecidas com o encorajamento de pessoas significativas ao longo de todas as etapas do Método Canguru com o suporte dos profissionais de saúde, a fim de reafirmar a capacidade materna de realizar os cuidados necessários do bebê (SPEHAR; SEIDL, 2013).

Esse método, de forma mais ampla, trata de uma intervenção biopsicossocial sendo fundamentado em três etapas que perpassam por toda a internação do RNPT, sendo elas: a 1ª etapa na Unidade Intensiva Neonatal ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); A 2ª etapa, quando o RNPT é transferido para uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) onde passa a receber de forma mais sistemática os cuidados da mãe em prol de sua autoeficácia, com o estímulo ao uso da posição canguru dia e noite, segundo a disponibilidade dela e a 3ª etapa que é a domiciliar, na qual o RNPT obtém alta hospitalar e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família compartilhado com a equipe de saúde da Família (BRASIL, 2011a).

O Método Canguru não é desprovido de dificuldades, todavia oferece, de fato, uma possibilidade de conexão entre a mãe e o bebê que implica no contato pele a pele precoce entre o binômio mãe-filho, permitindo, dessa forma, a inserção dos pais no cuidado ao recém-nascido. No entanto, no momento da terceira etapa, como destacam Maciel, Almeida e Braga

(2014), embora o bebê esteja clinicamente estável e a mãe e os familiares aptos para a alta hospitalar, quando chegam à sua casa, eles podem se deparar com uma situação diferente da apresentada no hospital, demonstrando a importância do seguimento da assistência na Atenção Primária à Saúde, inclusive por meio da visita domiciliar que deve ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante toda a terceira etapa. Essa situação pode envolver a falta de conhecimentos para atuar nos cuidados ao recém-nascido, bem como dúvidas e medos que podem permear a prematuridade.

Na Atenção Primária à Saúde, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura, o qual engloba um conjunto de medidas capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, bem como possibilitar a resolução de problemas que afetam o processo de desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012b).

O enfermeiro da estratégia em Saúde da Família conhece e acompanha a história do binômio, desde o pré-natal, conhece o funcionamento da dinâmica familiar e social, suas necessidades, as possibilidades de apoio que ela possui, assim como sabe disponibilizar estratégias e soluções para o enfrentamento de dificuldades que por acaso se fizerem presentes nos cuidados aos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e sua família, interferindo positivamente para a redução da morbimortalidade infantil (SOUSA; COSTENARO, 2016).

Essa necessidade de acompanhamento permanece após a alta hospitalar do bebê, pois é nesse momento que ele não conta mais com a supervisão direta da equipe hospitalar. Dessa forma, é fundamental que tanto os pais quanto os demais familiares possam, gradativamente, sentirem-se capazes de executar suas funções a partir do uso de suas competências como cuidadores. E para que isso ocorra, o enfermeiro deve estar capacitado para auxiliar os pais dos recém-nascidos a compreender todos os aspectos de desenvolvimento que a prematuridade envolve, evitando inclusive que eles comparem seu filho com outras crianças nascidas a termo (BRASIL, 2016).

Portanto, sabendo que a humanização do nascimento compreende ações desde o pré-natal, parto e puerpério, a atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional direcionada ao cuidado do binômio antes, durante e após a alta hospitalar junto à mãe, pai e família (BRASIL, 2013). Esse trabalho deve ser desenvolvido com a equipe de saúde, oferecendo-lhes mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar. Por isso, torna-se necessário que a equipe de saúde esteja ciente dos fatores estressores, como a insegurança materna e a preocupação da família em não saber cuidar do seu filho no retorno ao domicílio.

Em vista da busca da qualidade da atenção neonatal, o Método Canguru por envolver novas formas de fazer e pensar o cuidado ao RNPT exige uma transformação do modelo assistencial vigente e das concepções dos profissionais quanto à necessidade da mudança de atitudes em relação ao cuidado e manuseio do bebê e à participação de sua família (SCOCHI *et al.*, 2015). No caso da puérpera, por exemplo, a expectativa em relação à autoeficácia pode revelar-se na crença em sua capacidade de se dedicar aos cuidados do seu RN, na expectativa de bons resultados, na convicção pessoal de conseguir desenvolver a amamentação com prazer e no uso da posição canguru de forma correta. Assim agindo, há probabilidade de que seja assegurado com excelência o retorno ao domicílio do binômio.

Na promoção da mudança comportamental ligada à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só as razões para mudar o comportamento de saúde, mas também os meios e recursos para fazê-lo. A participação por meio de ações de educação em saúde apresenta uma autoeficácia que é considerada como fator passível de mudança (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

A Educação em Saúde, por ser um conjunto de técnicas, métodos, conhecimento teórico e prática político-social, fundamenta e orienta o pensar em saúde, ao nível do seu processo educativo, uma vez que os problemas de saúde, em sua grande maioria, podem ocorrer apenas pela “ignorância”, “desinformação”, “atraso cultural”, “tabus e credences” da população (MEDEIROS, 1995). Neste sentido, as atividades de educação em saúde, tornam-se inerentes para o fortalecimento da autoeficácia materna, uma vez que sua utilização poderá orientar os familiares a se inserirem no processo assistencial e desenvolverem habilidades para o cuidado domiciliar do filho.

Dessa forma, a intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos às mães no retorno aos domicílios, pois a chegada do seu bebê prematuro requer cuidados mais específicos (ARAUJO, 2010). Esse tipo de ação visa a propiciar o aprendizado das novas formas de cuidar, ampliando a autoconfiança e o equilíbrio do estado biopsicossocial da mãe (FERECINI, 2013; SPEHAR, 2013).

Nessa perspectiva, orientar as mães para o cuidado domiciliar do seu recém-nascido deve ser um processo contínuo durante toda a internação do prematuro, com o intuito de desenvolver habilidades e aquisição de conhecimentos específicos para esse cuidado. O profissional de enfermagem, ao permanecer maior tempo em contato com o bebê e sua família, possui o papel de educador por capacitá-la para assumir os cuidados do filho prematuro ainda no ambiente hospitalar. Essa função abrange também toda a equipe de

profissionais responsáveis por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadora (BRASIL, 2015).

Estudo realizado por Araújo (2010), na promoção dos conhecimentos das mães para o cuidado com o recém-nascido durante internação no Método Canguru, demonstra que o trabalho educativo desenvolvido pela enfermagem junto à mãe e à sua família tem resultado na formação de pais e familiares seguros e orientados, aptos a retornarem aos seus domicílios e cuidar com responsabilidade do filho, com a compreensão de que esse cuidado é tão importante quanto toda a tecnologia utilizada no ambiente hospitalar.

Embora a educação em saúde demonstre ser imprescindível e de grande potencial na assistência neonatal, existem instrumentos facilitadores desse processo, como a escala de avaliação da autoeficácia materna percebida que parece trazer a possibilidade de direcionamento na elaboração do plano de cuidados dos profissionais de saúde e suas ações educativas junto aos binômios, a fim de que se possa suprir as reais necessidades das mães com relação ao cuidado do prematuro.

Essa escala de avaliação da autoeficácia materna percebida é um instrumento que busca avaliar a capacidade que a mãe acredita ter com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele. Este instrumento foi elaborado e validado por Barnes e Adamson-Macedo (2007) com uma amostra de 160 mães de bebês prematuros hospitalizados em unidades de neonatologia do Reino Unido. Esse estudo demonstrou que essa ferramenta tem o potencial de fornecer aos profissionais de saúde um método confiável de identificação de mães de prematuros internados, bebês que estão em necessidade de maior apoio.

Outro estudo realizado em um hospital público no Distrito Federal, por Spehar e Seidl (2012), utilizou a escala de avaliação da autoeficácia materna percebida e destacou a relevância do instrumento na percepção de autoeficácia em relação aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do Método Canguru, de mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso. Assim, reforça a possibilidade de relevância do instrumento para a avaliação da autoeficácia materna, pois parece auxiliar a equipe de saúde que atua em cuidados de neonatos hospitalizados a identificar as mães que necessitam de maior apoio psicossocial.

Desse modo, com o intuito de contribuir com a qualidade da assistência neonatal junto às mães de recém-nascidos pré-termos, de baixo peso e seu familiares, buscou-se, a partir dessa pesquisa de intervenção, utilizar a escala da avaliação da autoeficácia materna percebida como instrumento de avaliação da autoeficácia materna referente aos cuidados dispensados aos seus recém-nascidos, antes e após a aplicação das estratégias de intervenção

em saúde, no ambiente hospitalar e após o retorno ao domicílio, na Atenção Primária à Saúde. O interesse pela área da saúde neonatal surgiu ao longo da graduação, culminando com a prática na Estratégia em Saúde da Família, a qual dentre outras atividades deve-se assistir esse público especial – o binômio mãe-bebê, cujos recém-nascidos, por vezes, eram prematuros egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Já na maternidade, enquanto na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), surge a oportunidade de aprofundar os cuidados aos recém-nascidos de baixo peso ao longo do processo de internação.

Nesse período, muitas mães, após a alta da terceira etapa do Método Canguru, finalizando o período de acompanhamento no hospital, ainda mantinham o contato inúmeras vezes com a equipe de profissionais da UCINCa, via telefone, para pedir ajuda, tirar dúvidas e até mesmo em situações de emergência, solicitando, dessa forma, apoio sobre as dificuldades enfrentadas ao cuidar dos seus filhos no retorno ao domicílio.

Foi então que surgiu o interesse em pesquisar com aprofundamento quão capaz elas se sentiam em cuidar dos seus filhos prematuros ao receberem alta da maternidade com o seguimento desses cuidados no domicílio. E ainda, investigar o apoio que a Atenção Primária à Saúde exerce nesse cuidado, caso recebam, visando a contribuir com a continuidade da qualidade de vida desses binômios

Dessa forma, considerando a relevância das ações educativas junto às mães no cenário do MC para promoção da autoeficácia materna após a alta hospitalar, este estudo buscou fornecer suporte teórico e prático proporcionando qualidade na assistência em saúde ao binômio no ambiente hospitalar e na atenção primária em saúde. Buscou ainda aliar a educação em saúde aos cuidados essenciais ao recém-nascido de baixo peso egresso da Unidade Canguru (UCINCa) de uma maternidade de Fortaleza, a partir da análise da percepção da autoeficácia materna, suas variáveis sociodemográficas, manejo domiciliar do canguru e a continuidade do aleitamento materno.

Teve ainda o objetivo de investigar a continuidade desses cuidados na atenção primária em saúde, uma vez que, além das implicações sociodemográficas, existem vários fatores que devem ser considerados na preparação para a alta segura conforme a situação de cada bebê e da família. Assim, a partir do exposto, emergem as seguintes questões norteadoras: Como as mães assistidas pelo Método Mãe Canguru podem fortalecer sua autoeficácia acerca dos cuidados ao recém-nascido, com enfoque na amamentação e manejo da posição canguru? Como é o retorno do binômio à Atenção primária à saúde? Existem dificuldades?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a autoeficácia materna, antes e após intervenção educativa, por meio da escala de Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida, no seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar oficinas educativas junto às mães assistidas em Unidade Canguru, acerca dos cuidados do recém-nascido no preparo da alta hospitalar;

Comparar as médias dos escores da escala de Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida obtidas antes da atividade educativa e 15 dias após a alta hospitalar;

Verificar associação das variáveis sociodemográficas maternas e a escala de Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida;

Identificar, após a alta hospitalar, o seguimento do recém-nascido no serviço de atenção primária de saúde (integralidade do cuidado e acesso ao serviço).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas de Saúde na atenção ao recém-nascido prematuro

A prematuridade pode ser caracterizada pelo nascer antes do tempo e nascer muito pequeno. Quanto menor ou mais precoce for o seu nascimento, maiores serão suas vulnerabilidades – fisiológicas, metabólicas e psicológicas. Portanto, são considerados de maior risco todos os recém-nascidos com o Peso ao Nascer (PN) abaixo de 1.500g e de extremo risco aqueles que nasceram com menos de 1.000 g e/ou Idade gestacional (IG) menor do que 32 semanas (BRASIL, 2015).

Os critérios da prematuridade são usados pelos serviços especializados para incluir o recém-nascido pré-termo (RNPT) em seus protocolos de cuidados e na atenção após a alta hospitalar por necessitarem de maior vigilância pelas equipes da Atenção Básica quanto ao seu crescimento, ao seu desenvolvimento e especialmente às suas necessidades de acompanhamento especializado. Isso mostra que é importante refletirmos sobre a prematuridade e seus indicadores de risco no recém-nascido (RN) e em sua família (BRASIL, 2013; MACIEL, ALMEIDA e BRAGA, 2014).

No Brasil, cerca de 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Essa realidade expressiva de mortes por causas evitáveis tem sido ligada diretamente às ações dos serviços de saúde em diversos níveis de atenção, tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) as quais fazem parte da realidade social e sanitária de nosso país (BRASIL, 2012a)

Nesse contexto, a prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 6,7% dos RN foram pré-termo em 2008, variando entre 4,8 e 7,7% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,7% foram pós-termo. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade em capitais e cidades de maior porte no País, como o Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação (BRASIL, 2011). Destaca-se, nessa perspectiva, a escolaridade materna a qual está interligada segundo dados do MS/SVS/DASIS/CGIA, uma vez que 40% das mães em 2008 tinham menos de 8 anos de instrução, variando entre 39% na região Nordeste e 28% na Sudeste (BRASIL, 2012b).

Assim, o parto prematuro tem se caracterizado como um problema de saúde pública, em muitos países em desenvolvimento, estimulando o crescente aumento de avanços

tecnológicos e humanísticos os quais têm elevado a expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos, destacando-se neste cenário o Método Canguru (MC) como uma estratégia de atenção perinatal (SPEHAR; SEIDL, 2013).

O MC foi criado na Colômbia em 1979 em resposta ao elevado índice de mortalidade entre os recém-nascidos prematuros. Após três décadas de implantação e pesquisa no mundo, o Método Mãe Canguru vem provando suas contribuições a partir dos diversos benefícios para mães e bebês. Trata-se de um método efetivo para o controle térmico e ganho de peso, necessidades essenciais do prematuro. Também incentiva as condições maternas para amamentação e a proteção do bebê contra infecção, favorecendo, devido à proximidade física, o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (ARIVABENE e TYRRELL, 2010; SPEHAR, 2013).

A estratégia Método Canguru é ligada à política de saúde Rede Cegonha do Ministério da Saúde que propõe garantir aos recém-nascidos boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, tais como: a permanência do RN ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, contato pele a pele e apoio à amamentação, no entanto, para aqueles recém-nascidos de risco (como os de baixo peso, os prematuros e aqueles que possuem agravos que mais frequentemente acarretam a morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções), a proposta ainda é um grande investimento nas maternidades de referência do País, para atendimento às gestantes e aos recém-nascidos de risco, no sentido de garantir leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2013; PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012).

Desde a década de 1990, o Brasil instituiu a “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru” (AHRNBP-MC). Assim, o país foi o primeiro a adotar o MC como política pública consolidada em 2000, padronizando e sistematizando seu atendimento por meio da portaria 72 (Norma de Orientação para Implantação do Projeto Canguru). Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a portaria 1.683 reforçando a política por meio de um amplo processo de capacitação nas diferentes regiões do país, caracterizando-se principalmente pela mudança na forma do cuidado neonatal (ARIVABENE e TYRRELL, 2010; BRASIL, 2013a, 2011b).

O MC divide-se em três etapas distintas, iniciando a primeira pela identificação do trabalho de parto prematuro quando o bebê necessita da internação na Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal. A segunda etapa, objeto deste estudo, quando ele recebe alta da UTIN e é recebido na UCINCa. Nessa situação, já pode ficar, continuamente, acompanhado de sua mãe, devendo o RN encontrar-se com estabilidade clínica, com um peso mínimo de 1.250g e estar em alimentação materna plena, sonda gástrica ou copo, o que possibilita o ganho de peso mínimo diário maior que 15g. A terceira etapa é caracterizada pela continuidade da assistência ao recém-nascido após a alta hospitalar com o apoio da Atenção primária à saúde (BRASIL, 2013).

Estudos demonstram que o MC tem grande potencial para melhorar a saúde e sobrevivência dos recém-nascidos com baixo peso, particularmente quando os recursos são limitados, devido ao seu baixo custo (TOMA, 2012). O método é uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer e possibilita melhor prognóstico ao RN, estimulando o cuidado humanizado, que busca fortalecer o laço afetivo entre mãe e bebê, incentivando o aleitamento materno e a competência materna (GONTIJO, XAVIER e FREITAS, 2012).

Esse método, por sua vez, está ligado a dinâmicas complexas que influenciam a família desde a internação do recém-nascido na UTIN, podendo provocar desestruturação do núcleo familiar, decorrente do nascimento prematuro e por ser um acontecimento inesperado na vida de uma família até o estabelecimento de condições clínicas adequadas para a alta (BRASIL, 2012a).

A manutenção da qualidade de vida do bebê requer a valorização do ambiente familiar, visto que após a alta esse é o cenário onde as mães e cuidadores experimentam o cuidado do bebê sem o suporte até então vivenciado no ambiente hospitalar. Para isso, esse cuidado requer a reorganização dos serviços de saúde com ênfase na promoção e educação em saúde, identificando as reais necessidades dos envolvidos, estimulando à autonomia, a corresponsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo da família entre ela e os profissionais de saúde (OLIVEIRA, *et al*, 2010a).

É importante que o profissional de saúde, em contato com a família, observe cuidadosamente como os cuidadores – em especial, a mãe – respondem ao apego, vínculo emocional e cuidados com o bebê. Na prática, algumas mães parecem se entregar completamente ao filho, mantendo um intenso envolvimento. Porém, a maioria desenvolve um processo mais lento, expresso por insegurança, medo, tristeza, ansiedade, sentimentos de culpa e, por vezes, de rejeição, desencadeado pelo risco da morte do filho e pela perda do bebê imaginário, idealizado até o momento do parto (BRASIL, 2012b).

Nesse cenário, o profissional de enfermagem, atua integralmente, implementando

a estimulação do RN e o fortalecimento do vínculo com a família, por meio de um cuidado individualizado que promova a diminuição dos estressores ambientais, além de fornecer orientações de educação em saúde fundamentais para a mãe, com temas como aleitamento materno, equilíbrio emocional, necessidade de manter o bebê em posição canguru por tempo integral, confiança e controle das reações do RN, diminuindo junto à família o medo e a insegurança na habilidade de cuidar do novo ser (CABRAL e GROLEAU, 2009; MELO e SOUZA, 2012; OLIVEIRA, *et al*, 2010b).

Considerando a necessidade de um cuidado mais próximo do trinômio mãe-bebê e família, o método MC oferece a terceira etapa, ambulatorial, que começa com a alta hospitalar e garante a continuidade do cuidado à criança que nasceu pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso (RNBP) (BRASIL, 2016).

Nessa etapa, são recomendadas três consultas na primeira semana, duas na segunda e uma consulta semanal, a partir da terceira semana, até que o bebê atinja 2.500g. Deve-se garantir que pelo menos uma consulta semanal seja realizada no hospital de origem sendo que as demais podem ser realizadas no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Ao receberem alta do Método Canguru, passarão então aos cuidados da Atenção Primária e, quando necessário, também em ambulatórios especializados (BRASIL, 2016, 2013a, 2012a, 2011b).

3.2 O seguimento do recém-nascido na atenção primária à saúde e o uso da escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida

A comunicação entre o hospital e atenção primária é de grande relevância para estabelecer uma linha de cuidado. Para garantir os resultados positivos do Método Canguru, o acompanhamento ambulatorial deve garantir a assistência ao bebê por médicos e outros membros da equipe multidisciplinar como: enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais (VERAS & TRAVERSO-YÉPE, 2011). Por isso, é de suma importância que o método seja realizado da maneira mais correta possível por meio de orientações adequadas dos profissionais da saúde que prestam assistência nos acompanhamentos hospitalar, domiciliar e ambulatorial (BRASIL, 2013a, 2012b, 2011a).

De acordo com o Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado, do Ministério da Saúde (2016), os profissionais das equipes da Atenção Primária possuem um papel especial no apoio e no acompanhamento das crianças e na localização e captação das famílias, principalmente nas nascidas pré-termo e/ou de baixo

peso, por conhecerem a dinâmica familiar e social e poderem contribuir para a redução da morbimortalidade infantil após a alta hospitalar.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma grande aliada no trabalho com o binômio e deve ser entendida como complemento e continuidade da assistência prestada ao bebê de risco e a sua família. Sendo assim, as maternidades que praticam o MC devem estabelecer uma parceria com as equipes de saúde visando a aperfeiçoar o trabalho com essas famílias, considerando que muitas mulheres que tiveram parto antecipado já eram acompanhadas na ESF, por isso este retorno à atenção primária não deve ser um obstáculo (BRASIL, 2013a).

Muitas são as atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária na terceira etapa do método canguru, seja durante as visitas domiciliares ou no atendimento realizado nas Unidades da Atenção Primária em Saúde (UAPS) como a identificação da dinâmica e funcionamento familiar; das situações de risco e vulnerabilidade; acompanhamento do aleitamento materno; do ganho de peso e uso da posição canguru pelos pais; identificação de redes familiares e sociais de apoio; acompanhamento, orientações e busca ativa para vacinação conforme Caderneta da Criança e monitoramento de consultas especializadas (BRASIL, 2016).

As equipes das UAPS devem ser capacitadas, sempre que possível, para conhecer o Método Canguru, o manejo do aleitamento materno em bebês pré-termo recebendo o suporte da rede referenciada para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, sua inserção na família e na comunidade. Assim, é de extrema importância a articulação e integração das ESF com a maternidade para garantir o monitoramento e a adesão aos encaminhamentos às unidades especializadas para diagnóstico e reabilitação mesmo após alta hospitalar (BRASIL, 2013a, 2012a).

Um instrumento valioso, utilizado no âmbito da ESF, é a visita domiciliar por ser um recurso de interação potencialmente capaz de contribuir para o atendimento integral e humanizado, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante toda a terceira etapa (BRASIL, 2015, 2016).

Um instrumento valioso, utilizado no âmbito da ESF, é a visita domiciliar por ser um recurso de interação potencialmente capaz de contribuir para o atendimento integral e humanizado, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante toda a terceira etapa (BRASIL, 2015, 2016).

Essa atenção ao RNPT e de baixo peso na atenção primária deve ser pautada pelo cuidado colaborativo, centrado no binômio, na família e na visita domiciliar como perspectiva

para ações complementares e para o seguimento do cuidado (SOUSA; COSTENARO, 2016), de forma que essa atitude do profissional, baseada em uma perspectiva integradora e de valorização do indivíduo, com a autonomia e o empoderamento do sujeito, gere estado de confiança na mulher e nos familiares aos cuidados à criança.

Dentro desta perspectiva, a prática do enfermeiro em puericultura deve desempenhar seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, no complexo saúde-indivíduo-família-comunidade (VIEIRA *et al.*, 2012, sendo, portanto, permeada de reflexões para que se possa transformá-la, gerando mudança na implementação de ações de promoção da saúde, de forma a enfatizar o papel do enfermeiro como educador em saúde. Isso é importante pois esse profissional poderá auxiliar os cuidadores quanto ao que observar e os padrões esperados nos cuidados à criança, podendo assim vir a minimizar as preocupações maternas e paternas, gerando maior segurança em relação ao desempenho da maternidade/paternidade.

A estratégia Educação em Saúde deve ser um processo permanente na atuação de todos os profissionais de saúde e familiares, servindo como pilar de sustentação na assistência à criança na Atenção Primária, por se tratar de uma clientela de crescente complexidade, como a dos bebês prematuros e suas famílias cuja demanda aos serviços de saúde e necessidades de cuidados caracterizam problemas de saúde pública, no Brasil e em diversos países (SOUSA; COSTENARO, 2016).

Diante disso, torna-se fundamental que a enfermagem desenvolva estratégias de educação em saúde como forma de intervenção (MARTINS, 2007), pois é preciso que os profissionais tenham o entendimento integral a respeito da saúde do binômio, valorizando a história de vida da família e o estímulo da autonomia das mães para o cuidado do RN promovendo a sua autoeficácia.

Essa autoeficácia apresenta-se como a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com exatidão determinada atividade. Além disso, é ainda considerada como a percepção do indivíduo a respeito de suas capacidades em realizar certas atividades. (BANDURA, 1998; BARROS e SANTOS, 2010; DODT, 2011).

Pessoas que são persuadidas verbalmente a favor das suas capacidades para realizar determinadas atividades são suscetíveis a mobilizar um maior esforço e mantê-lo, do que aquelas que mantêm autodúvidas e fixam-se nas deficiências pessoais, quando surgem problemas (BANDURA, 2008; BARROS, OLIVEIRA e SPYRIDES, 2012). A persuasão social, além de levar as pessoas a tentarem com maior rigor para serem bem-sucedidas, promove o desenvolvimento de habilidades e um senso de eficácia pessoal (SOUZA;

MONTEIRO DA SILVA; GALVÃO, 2002).

O indivíduo cria, modifica e destrói o seu entorno tornando-se agente e receptor de situações que se produzem, e, ao mesmo tempo, essas situações determinam seus pensamentos, emoções e comportamento futuro, pois a conduta, os fatores pessoais internos (cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos (BANDURA, 2008; BARNES e ADAMSON-MACEDO, 2007).

De acordo com Chaves (2012), a autoeficácia é ainda a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma dada ação ou comportamento, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as e desenvolvendo capacidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano. A percepção da autoeficácia indica o esforço que o indivíduo pode empregar e por quanto tempo pode resistir diante das adversidades situacionais.

Avaliar autoeficácia por domínio-específico significa analisar todas as tarefas que compõem um domínio de cuidados parentais. Dessa forma, a avaliação de autoeficácia envolvendo cuidados parentais maternos, por exemplo, avaliaria percepções das mães sobre sua habilidade para alimentar, limpar e acalentar seu bebê (BARNES; ADAMSON-MACEDO, 2007).

Alguns estudos, inclusive, utilizaram instrumentos para avaliação da autoeficácia percebida baseados em Bandura (2008) e revelaram a relação positiva da autoeficácia percebida com o número de filhos, o apoio social, a satisfação parentalidade materna e satisfação conjugal e a relação negativa causada pelo estresse materno, ansiedade e depressão pós-parto (LEAHY-WARREN e McCARTHY, 2011).

Portanto, ao reconhecermos que a continuidade à assistência ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso após a alta hospitalar exigem diferentes modos adaptativos de todos os envolvidos, é importante conhecer como essas mães lançam seu olhar para o contexto de vida com o nascimento prematuro de seu filho e como se dá o desenvolvimento de suas competências e autoeficácia materna para o cuidado do bebê. É interessante, ainda, conhecer a relação dessas mães com os profissionais da atenção primária, considerando que é a ESF que irá proporcionar o cuidado para seu filho após a segunda etapa do MC (BRASIL, 2013^a; CABRAL e GROLEAU, 2009).

A produção de Nietsche (2012), realizado na UTIN de um hospital escola, no Rio Grande do Sul, 2012, destacou a necessidade de uma reflexão por parte dos profissionais da saúde acerca das ações educativas, pois as orientações de cuidado ao recém-nascido eram repassadas aos pais de forma rápida apenas no momento da alta. Essa pesquisa demonstra a importância do repensar do papel do profissional como educador em saúde nos diversos níveis de assistência, uma vez que somos responsáveis em prover aos pais o desenvolvimento do

cuidado dentro de uma assistência neonatal com qualidade.

A intervenção em saúde deveria ser vista como espaço novo para o aprendizado, favorecendo a elucidação das dúvidas de forma descontraída e com liberdade, contribuindo para o desenvolvimento da segurança ao cuidar do filho, tanto no hospital como no domicílio.

Portanto, torna-se imprescindível a criação de atividades educativas embasadas nas metodologias ativas de aprendizagem, auxiliadas por materiais educacionais e que facilitem a inserção dos pais de bebês pré-termo no MC, suprimindo as necessidades de educação em saúde da família, empoderando e potencializando sua autonomia (HIODI, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

O estudo caracteriza-se como de intervenção, também chamado de ensaio comunitário dentro de uma abordagem quanti-qualitativa, não randomizada e não concorrente. Assim, nesta modalidade de pesquisa, o investigador introduz uma intervenção em determinado grupo populacional utilizando um instrumento antes e depois da intervenção para que se possa avaliar o impacto das ações realizadas (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011; CRESWELL, 2010).

A abordagem do estudo é predominantemente quantitativa, pois a objetividade da pesquisa que foi trazida pelos dados obtidos dos questionários nos possibilitou a mensuração de variáveis pré-estabelecidas e ainda permitiu verificar e explicar a influência dessas variáveis sobre outras variáveis, por meio de análises e correlações estatísticas. (CHIZOTTI, 1995; MARCONI e LAKATOS, 2008).

O processo de pesquisar é indissociável da intervenção, isto é, a prática de pesquisar traz as práticas interventivas, as quais agem de forma interligadas com todas as forças na instituição, de forma que a pesquisa caminhe na complexidade dos acontecimentos investigados (ALMEIDA FILHO, 2012).

Como se trata de um estudo de intervenção, foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa, pois as duas se complementaram, visto que se associou a objetividade da pesquisa quantitativa trazida pelos dados obtidos dos questionários/escala, com a subjetividade da qualitativa, a partir do desenvolvimento das oficinas educativas.

Segundo Minayo (2013), a abordagem qualitativa também é capaz de se incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, permitindo uma aproximação com a realidade, uma vez que associa significados, motivações, crenças, valores, atitudes e aspirações.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na Região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km sendo considerada a quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em mais 2,5 milhões de habitantes em 2013.

Em termos administrativos, o município de Fortaleza encontra-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Por meio dessa configuração administrativa descentralizada, as políticas municipais de saúde e educação são gerenciadas pelas SER, por meio de seus Distritos de Saúde, tendo como órgãos gestores as Secretarias Municipais.

A instituição utilizada para coleta inicial dos dados foi uma maternidade escola vinculada a um complexo universitário de grande porte, de nível terciário, federal, pertencente à Secretaria Executiva Regional – SER III, do Sistema de Saúde de Fortaleza-Ce. De acordo com a Gerência de Atenção à Saúde, realizou cerca de 3920 partos e 3937 nascidos vivos no ano de 2014. Em 2011, aderiu à proposta do governo e implantou, gradativamente, as diretrizes sugeridas pelo Ministério da Saúde devendo prestar assistência integral à saúde da mulher e ao recém-nascido para atendimento de gestantes de alto risco oriundas da Atenção Primária da capital e do restante do Estado.

Esta pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC) é referência no Estado, por sua habilitação, em nível terciário, para o atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao RN de alto risco dentro da abordagem Método Canguru. Para tanto, conta com cinco unidades neonatais sendo duas de alto risco, duas de médio risco e a UCINCa. Conforme a PORTARIA Nº 930, de 10 de maio de 2012, esta unidade permite acolher mãe e filho, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar composta por 05 leitos assistida por equipe de profissionais formada por médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (MEAC/UFC, 2015).

A escolha da maternidade deu-se por ser um hospital que segue as recomendações da política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso, consolidadas no Método Canguru, credenciado pelo Ministério da Saúde. Por ter ainda recebido o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC com referência em aleitamento materno cujo foco é tratar à mulher e o RN dando apoio à família, sempre dentro dos valores da perspectiva de assistência humanizada de acordo com a proposta da instituição dentro do Método Canguru e da Rede Cegonha, sendo esta implementada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir óbitos maternos e neonatais, incentivando, nas maternidades, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento. Nesse aspecto, as etapas do MC estão implantadas no hospital e os neonatos saem de alta com o acompanhamento ambulatorial assegurado.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta de 43 mães e prematuros assistidos na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Essa amostra foi construída a partir da admissão contínua dos binômios durante o período de setembro de 2015 a fevereiro de 2016. Os critérios de inclusão foram: mães e recém-nascidos internados na UCINCa, que tivessem condições para participar do estudo e que não possuíssem histórico psiquiátrico que poderia prejudicar a coleta das informações (com base em relatos das próprias participantes).

Os critérios de descontinuidade adotados foram: a desistência da mãe de participar após início da coleta de dados; falecimento da mãe ou do recém-nascido, ou mudança do número de telefone sem comunicação prévia aos pesquisadores.

Nos últimos três anos, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru desta maternidade admitiu uma média de 180 recém-nascidos prematuros procedentes da capital e interior do Estado do Ceará. Considerando essa média, optou-se por utilizar o cálculo do valor amostral, a qual foi calculada a partir da fórmula a seguir:

Fórmula de cálculo

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada 43

N - população (180)

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança p - verdadeira probabilidade do evento (10%)

e - erro amostral 8%

4.4 Instrumentos

Utilizou-se três instrumentos, sendo o **primeiro** aplicado uma única vez por meio de questionário semiestruturado elaborado pelo próprio pesquisador, com dados sociodemográficos, obstétricos e dados dos recém-nascidos, tais como: idade, procedência, nível de escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional/profissional, número de

pessoas no mesmo domicílio, renda salarial, dados gestacionais como planejamento familiar, partos prematuros anteriores, realização de pré-natal na Atenção Primária em Saúde, intercorrências na gestação. Como características do recém-nascido foram coletados dados como a idade gestacional e peso ao nascer, peso atual, registros com relação ao manejo na posição canguru e aleitamento materno. (APÊNDICE A).

O **segundo** instrumento foi à escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida (ANEXO A). Dessa forma, o estudo oportunizou a identificação das médias dos escores da Escala junto às variáveis sociodemográficas das mães, os atributos da atenção primária de saúde (integralidade do cuidado e acesso ao serviço), o aleitamento materno e o manejo canguru domiciliar seguindo a sistematização sugerida pelo Ministério da Saúde por meio da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2013, 2012b).

Essa escala foi elaborada e validada por Barnes e Adamson-Macedo (2007) com uma amostra de 160 mães de bebês prematuros hospitalizados em unidades de neonatologia, no Reino Unido, com a finalidade de avaliar os aspectos maternos de autoeficácia no cuidado de neonatos prematuros hospitalizados (TRISTÃO *et al.*, 2015).

A pesquisa de Spehar (2013) utilizou a adaptação dessa escala na língua portuguesa, por meio de procedimentos de tradução reversa e análise semântica, pois considerou de fundamental importância a utilização desse instrumento para a investigação sobre autoeficácia materna percebida, na identificação de mães com maior necessidade de orientação e suporte social e/ou técnico.

Trata-se de instrumento composto de vinte itens, que solicita à respondente avaliar os itens de acordo com o que se acreditava conseguir fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela, com respostas dadas em escala Likert.

As escalas de Likert são listas de afirmações declaratórias que expressam um ponto de vista sobre o assunto, e cujas respostas indicam gradativamente seu grau de concordância, podendo haver inclusive categorias neutras, originando escalas ímpares. Os respondentes são solicitados a indicar o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa pela afirmação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

A escala é composta de quatro subdomínios ou fatores: Fator 1 (4 itens): refere-se aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebê e avalia a percepção materna sobre sua capacidade de executar atividades e tarefas relacionadas às necessidades básicas do bebê, como Alimentação; Fator 2 (7 itens): refere-se à avaliação materna sobre sua habilidade de eliciar mudanças no comportamento do bebê; Fator 3 (6 itens): avalia as percepções maternas

sobre a habilidade de compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê; Fator 4 (3 itens): representa os sinais e crenças situacionais que analisam as crenças maternas em relação à sua habilidade de manter interação com o bebê. O escore é calculado pela média aritmética. Quanto mais alto o escore, maior a autoeficácia materna percebida (BARNES; ADAMSON-MACEDO, 2007).

O **terceiro** instrumento, elaborado pelo próprio pesquisador, foi aplicado, via telefone, no 15º dia após alta hospitalar para complementar os dados da posição canguru e aleitamento materno, buscando identificar se a mãe teve algum contato/retorno com os serviços da Atenção Primária à Saúde de acordo com os atributos integralidade e acesso ao serviço. (APÊNDICE B).

A APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população, assim pode ser definida como um conjunto de valores, princípios e elementos estruturantes como os atributos do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Desse modo, esses atributos (integralidade e acesso ao serviço) são relevantes, pois devem assumir distintos sentidos nas práticas cuidadoras, conforme as especificidades do cuidado ao recém-nascido, no que se refere à dependência de cuidados, vínculo, acolhimento, a assistência multiprofissional e a continuidade da atenção, buscando-se contemplar suas diferentes dimensões e a inclusão da família, em especial a mãe.

4.5 Procedimentos para coleta de informações

Os dados foram coletados em três etapas: as duas primeiras durante a internação hospitalar, sendo a primeira antes e a segunda durante a realização da intervenção educativa e a terceira etapa após a alta hospitalar (15 dias) com intuito de demonstrar as mudanças ao longo do tempo. No momento da primeira coleta, buscou-se garantir a privacidade das participantes em um local tranquilo, com pouco ruído e que possibilitasse menos interrupções, buscando proporcionar ao binômio tranquilidade para participação no estudo.

1ª etapa: A aplicação dos instrumentos na UCINCa.

Inicialmente aplicou-se na UCINCa um instrumento para verificar as variáveis sociodemográficas das mães e bebês, além da escala de Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida. Logo em seguida, foram realizadas oficinas educativas acerca da importância dos

cuidados do RN, da posição canguru e do aleitamento materno durante o período de internação. A educação em saúde buscou o empoderamento das mães nos cuidados ao RN após alta hospitalar durante duas vezes por semana a fim de englobar todos os binômios egressos da UCINCa durante o período de coleta amostral.

2ª etapa: Intervenção educativa

Para realização das atividades educativas, optou-se por utilizar a metodologia de oficinas em dinâmica de grupo, prática de intervenção psicossocial adaptável a diversos contextos. As atividades do tipo oficina têm suas bases e formas de organização originárias da pesquisa-ação, grupos operativos e pedagogia da autonomia (AFONSO, 2010)

A realização das oficinas se deu por meio da Análise da Demanda – Levantamento; Pré-análise da Problemática do Contexto e das mães internadas no Método Canguru, – Planejamento; Levantamento dos Temas-Geradores e Definição do Foco – Execução e Avaliação. Dessa forma, as oficinas educativas, conforme a proposta de intervenção, (APÊNDICE C) tiveram as seguintes etapas:

Levantamento: necessidades dos binômios, tendo em vista as prioridades, detectadas no momento de apresentação inicial. Como forma de conhecer suas expectativas, as mães escreveram temas que tinham interesse em discutir, colocando-os sem identificação em uma caixa para debate;

Planejamento: ciclo de oficinas, nas quais utilizou-se técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação e reflexão, a fim de propiciar a formação de vínculo grupal, a autonomia, corresponsabilidade e a valorização da subjetividade. As atividades eram realizadas em ciclos de temas e estratégias, conforme as admissões dos binômios, a fim de que todos pudessem participar. Dessa forma, teve-se o cuidado de sempre avaliar a dinâmica a ser adotada em cada oficina com relação à forma e ao assunto desenvolvido, para que assim todas tivessem a oportunidade de participar dos diferentes temas e abordagens de acordo com as altas e admissões dos binômios na UCINCa;

Execução: implementação das oficinas, divididas em temas centrais: Cuidados com o recém-nascido no domicílio; manejo da posição canguru, aleitamento materno, sinais de alerta, conforme a necessidade revelada pelas mães.

Esta etapa baseou-se em exposição dialogada com o uso de materiais educativos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, 2012b, 2011).

Essas oficinas educativas foram realizadas no espaço de convivência da própria UCINCa, a fim de proporcionar um maior conforto e tranquilidade às participantes. Elas se posicionavam em roda, longe dos leitos e, na maioria das vezes, com seu RN em posição canguru, pois assim não precisariam ficar afastadas dos seus bebês.

A disposição em roda foi utilizada de maneira tal a proporcionar uma aproximação entre as participantes e pesquisadores sem o estabelecimento de relações de subordinação deixando-as livres para escolherem seus locais. Logo após a chegada das mães, realizou-se a apresentação entre estas, a pesquisadora e auxiliares de pesquisa. Em cada reunião, o número de mães variava de três a cinco, num total de trinta seções de 2 a 3 três horas de duração, vale destacar que a UCINCa dispõe de 05 leitos. Algumas vezes contou-se com a presença de familiares e ainda com a participação de outros profissionais da equipe de saúde.

Após a acomodação das participantes, as oficinas educativas começavam com a realização de dinâmicas “quebra-gelo”, com orientações iniciais acerca da atividade a ser realizada, por um tempo médio de 5 a 8 minutos para descontração, relaxamento e melhor inserção das participantes às atividades educativas, entre as dinâmicas, utilizou-se: a leitura de “mensagens de esperança às mães de prematuro”; estímulo ao desenho pelas próprias mães como temas livres ou de como se veem com seus filho hoje e daqui a um ano; ou com a técnica da elaboração do seu crachá acompanhado da característica; ou de chuvas de palavras positivas que desejavam para aquele momento seguidas de músicas. Outras vezes, as discussões foram iniciadas por uma dúvida que alguma mãe trazia para a reunião ou por algum acontecimento novo que havia ocorrido com o prematuro.

Dando seguimento à intervenção, foram utilizadas algumas estratégias para facilitar a condução das oficinas, como o uso de jogos educativos, álbuns seriados, placas educacionais, distribuição de folders, além da apresentação prática com o auxílio de bonecos - bebês, próteses mamárias entre outros (APÊNDICE C).

Avaliação: levou-se em consideração os conhecimentos e habilidades adquiridas pelas mães ao longo da intervenção. Desse modo, com o intuito de aprimorar as oficinas, as participantes eram estimuladas a expressarem suas opiniões sobre a estratégia de

ensino-aprendizagem e suas vivências nos grupos educativos, ao final de cada oficina. Assim, poderiam responder como se sentiam em relação ao conhecimento estimulado durante as rodas de conversa. Foram oferecidas, como meio de instrumento de avaliação, carinhas artesanais com demonstrações de alegria e tristeza de forma a facilitar a expressão das opiniões das mães. Importante ressaltar que as atividades educativas foram gravadas, a fim de que houvesse uma maior captação das falas durante todo o processo de intervenção.

3ª etapa: Coleta de dados realizada no 15ª dia após alta hospitalar

No segundo momento, no 15º dia, optou-se por realizar a coleta via telefone, a fim de investigar a percepção da mãe após a acolhida da Equipe de Saúde da Família, caso houvesse, tendo em vista que a Vigilância à saúde do RN reforça as ações a serem desenvolvidas nos itens Captação após a alta hospitalar – após o nascimento ou internação e Visita domiciliar na primeira semana, com avaliação global e de risco da criança, apoio ao aleitamento materno e encaminhamentos na “Primeira Semana Saúde Integral” na atenção básica de saúde conforme as recomendações de Brasil, 2013a, 2012a.

A adequação da utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas vem sendo aplicada já há algum tempo como demonstrado na pesquisa sobre a comparação de dois métodos educativos no pré-natal realizada por Gray (2012); e em estudo mais recente por Dodt (2011) que elaborou e validou uma tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. Ainda, a mesma estratégia também foi usada por Lin *et al.* (2008) para investigar os efeitos de um programa de educação pré-natal em amamentação em mulheres que foram submetidas à cesariana em Taiwan.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados no programa Excell 2010 (Microsoft Office) e exportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, Estados Unidos), versão 18. As análises foram feitas por meio da aplicação do Teste de McNemar e Razão de Verossimilhança, sendo consideradas associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valores de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

A análise exploratória constou de testes estatísticos descritivos das medidas de autoeficácia para investigação da ocorrência de diferenças nos escores médios, nos dois

momentos do estudo e apresentados por meio de tabelas. Posteriormente, foram discutidos e comparados de acordo com a literatura pertinente ao tema junto aos atributos da atenção primária de saúde (integralidade do cuidado e acesso ao serviço).

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de análise de conteúdo, buscando interpretar o contexto, as razões e as lógicas individuais e sociais dos relatos obtidos com os participantes (MINAYO, 2013).

Na trajetória qualitativa, percorreram-se as seguintes etapas de análise: (a) leitura compreensiva do material selecionado visando a impregnar-se pelo conteúdo dos depoimentos, bem como ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades dos participantes segundo depoimentos das oficinas educativas; (b) identificação e recortes temáticos dos elementos que emergiram dos depoimentos, (c) busca de significados mais amplos (socioculturais) (d) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo e dados empíricos, estabelecendo as categorias, por meio do recorte nas falas dos participantes, e (e) diálogo entre as ideias problematizadas e informações provenientes de outros estudos acerca do assunto. Após a análise final, com a elaboração dos temas centrais, foram estabelecidas categorias analíticas no roteiro e também a partir dos depoimentos das mães, a saber: sentimentos relacionados aos binômios; posição canguru; os cuidados aos recém-nascidos, os quais as mães referiam mais dificuldades.

4.7 Questões éticas e legais

As recomendações para coletas dos dados estão de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa (ANEXO B), com número de parecer 1.311.767.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais / responsáveis – TCLE (APÊNDICE E) e Termo de Assentimento para Adolescentes – TA (APÊNDICE F), em duas vias (BRASIL, 2013b).

Esse termo foi apresentado em reunião com todas as puérperas, em que, na ocasião, foi explicado que o binômio participaria de um estudo, no qual não sofreria nenhum risco e como benefício ajudaria na conduta dos profissionais de saúde. Foram ainda explicados os objetivos e as estratégias a serem utilizadas na pesquisa, bem como as vantagens e os riscos do estudo.

Com a preservação da autonomia das mães participantes, pretendeu-se utilizar linguagem acessível e adequada à compreensão das mesmas, as quais após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais / responsáveis, Termo de Assentimento para Adolescentes – TA, ofertada a possibilidade de desistirem do estudo a qualquer etapa do processo, sem risco de sofrer qualquer penalidade.

A privacidade e o anonimato dos binômios foram preservados sendo codificadas como M1, M2, M3,...M43.

. O princípio da beneficência foi respeitado, no momento em que foram observadas possibilidades e propostas apresentadas pelos participantes da pesquisa, garantindo o retorno aos sujeitos estudados e a sua coletividade.

Quanto ao princípio da não maleficência, pode-se afirmar que foi contemplado, uma vez que o estudo apresentou riscos mínimos. Além disso, foi evitado qualquer tipo de desconforto aos sujeitos e termos que acarretem constrangimentos e que exponham a situações que atinjam a integralidade das pessoas.

Outro princípio contemplado foi o da justiça, pois todos os participantes da pesquisa foram submetidos aos mesmos métodos, estando igualmente beneficiados dos resultados, sem discriminação ou indução dos resultados que foram obtidos.

E, finalmente, o princípio da autonomia, ao tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando a independência e a livre escolha, os quais foram não somente respeitados, como também estimulados pela pesquisadora. Salienta-se, ainda, que a coleta de dados somente foi iniciada, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, bem como após aprovação e aceitação das mães.

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em três seções. Primeiramente, foram apresentadas as caracterizações dos participantes do estudo, dispondo os dados relacionados aos binômios mãe e filho. Na segunda seção, evidenciam-se os resultados qualitativos, originários da intervenção educativa, abordando as atividades de apresentação, dinâmicas, metodologia da problematização, dispostas junto à descrição dos dados qualitativos com a exemplificação de falas das mães obtidas por meio dos grupos educativos, os quais emergiram categorias, tais como: sentimentos relacionados aos binômios; posição canguru; os cuidados aos recém-nascidos, os quais as mães referiam mais dificuldades.

Na última seção, foram descritos os resultados quantitativos, dispostos inicialmente pelos dados referentes a escala Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida e as associações dos escores com os dados sociodemográficos maternos; seguidos das análises comparativas em relação à posição canguru e aleitamento materno na UCINCa e no 15^a dia após alta hospitalar dos binômios; e, por último, os dados referentes ao seguimento dos cuidados ao RN na atenção primária em saúde (3^a etapa do Método Canguru).

5.1 Caracterizações dos participantes do estudo

Com intuito de apresentar os participantes, inicialmente os dados sociodemográficos e outras variáveis relacionadas ao estudo serão descritas a seguir, a fim de ilustrar, posteriormente, a descrição da intervenção educativa.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016

Variáveis	N	%	p
Idade			<0,0001
17-32	32	74,4	
33 ou +	11	25,6	
Procedência			<0,0001
Interior	15	34,9	
Capital e RM	28	65,1	
Escolaridade			<0,0001
Ensino fundamental	16	37,2	
Ensino médio	27	62,8	
Estado Civil			<0,0001
Com companheiro	38	88,4	
Sem companheiro	5	11,6	

Continua

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016¹ (Conclusão)

Variáveis	N	%	P
Profissão			<0,0001
Não remuneradas	27	63	
Remuneradas	16	37	
N Pessoas por Domicílio			<0,0001
Até 3	22	51	
4 – 6	21	49	
Renda salarial			0,002
Até 1 salário	21	49	
A partir 2 salários	22	51	
Id Gestac			<0,0001
RNPT(<34s)	33	76,7	
RNPTT (34-36s)	10	23,3	
Peso ao Nascer (RN)			0,004
Maior Risco < 1500g	16	37,2	
A partir de 1500g	27	62,8	
Peso Atual (RN)			<0,0001
< 1500g	3	6,9	
A partir de 1500g	40	93,1	

Fonte: Elaborado pelo autor

No momento da entrevista, o tempo de permanência dos prematuros na UCINCa variou de 06 a 106 dias; a média foi de 18,07 dias e o desvio-padrão 17, 7.

Em relação às características sociodemográficos (tabela 1), observa-se que a maioria (74,4%) tinha 17 a 32 anos. Quanto à procedência, a maioria está localizada na Regional de Saúde de Fortaleza ou região metropolitana (65,1%). Já acerca do grau de escolaridade, houve predominância de 62,8% no Ensino Médio ou mais. No que se refere à ocupação das participantes, 54% informam ser donas de casa e, em sua maioria, não exercem atividade remunerada. Na variável estado civil, predominou viver com o companheiro (88,4%). Em relação à renda familiar, 49% das puérperas possuem renda menor ou igual a 1 (um) salário mínimo.

A maioria (67,4%) das mães afirmou não ter experiência anterior com prematuros, 46,5% são primíparas e 48,8% planejaram a gravidez. Sobre os cuidados com a gravidez, 97,6% havia realizado o pré-natal e, dessas, 74,4% foram assistidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), mas apenas 18 (41,8%) delas realizaram seis ou mais consultas. Além disso, do total apenas 17 (39,5%) relataram ter recebido orientações sobre a importância do aleitamento materno.

¹ Teste de Razão de verossimilhança.

As características dos recém-nascidos apontaram uma predominância de 76,7% com idade gestacional ao nascer ≤ 34 semanas (RNPT) seguido de 10 (23,3%) recém-nascidos pré-termo tardio (RNPTT) de 34 a 36 semanas. 62,8 % dos RNs nasceram com o peso ≥ 1500 g, seguidos de 37,2% com um maior risco, pois estavam abaixo de 1.500 g variando de 0, 530g a 2. 345g. No momento da coleta dos dados, o peso do RN era 40(93,1%) acima de 1.500g e 6,9% abaixo de 1500g, variando de 1.050g a 2.888g.

5.2 Intervenção educativa e as percepções maternas

Entre os jogos educativos (APÊNDICE C) utilizados durante as oficinas, percebe-se que o jogo da memória foi o que instigou um maior interesse entre as mães, seguido do “Fala sério, com certeza” e da técnica do repolho oportunizando uma maior interação entre as participantes por estimular o aprendizado e competição entre acertos e erros, pois necessita da combinação entre as imagens e o conteúdo acerca dos principais temas: posição canguru, aleitamento materno, sinais de alerta, cólicas, posição correto para dormir, cuidados de higiene como banho, troca de fraldas, prevenção às assaduras. Isso permitiu que todas as participantes, mesmo as mais introvertidas, tivessem seu momento para comentar sobre um cuidado com o prematuro, como o manejo do posicionamento canguru, situação que boa parte dos binômios apresentou nas oficinas.

Figura 1 – Oficina educativa – Jogo da memória



Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre as categorias oriundas das oficinas, *Sentimentos relacionados ao binômio*, foram revelados depoimentos que evidenciavam superação, esperança, fé, gratidão, principalmente pela melhora do estado de saúde do seu bebê, mas também de culpa pelo parto prematuro, solidão, medo, angústia foram expressando reduzida autoeficácia nas condutas de cuidar do bebê, como identificados nos relatos de insegurança materna a seguir:

Só em meu bebê estar aqui comigo, já estou bem demais... (M1)

Tenho fé que ele vai ficar bom logo pra gente ir pra casa... (M21)

Acho que ele nasceu assim porque no começo eu não queria... (M33)

... a gente fica presa aqui... (M37)

Acho que pelo fato do meu bebê ser prematuro né, ele parar de respirar às vezes, porque o pulmão não está maduro ainda... tenho medo... (M40)

Ontem minha neném se engasgou e eu fiquei toda me tremendo sem saber o que fazer. (M43)

As oficinas oportunizaram reforçar os benefícios da posição canguru, pois permitiu a participação nas atividades junto aos seus bebês, segundo os relatos a seguir:

Na UTI o bebê não tem um vínculo com a gente. Lá eu fiz o Canguru uma ou duas vezes. Não tem aquele contato. Ela só ouvia minha voz e, às vezes, eu nem sabia se ela tava ouvindo. Mas aqui ela fica mais tempo comigo. (M40)

Sei que na posição Canguru não precisa de roupa, porque o calor do meu corpo que aquece ele. (M1)

A minha filha aprendeu a ficar na posição Canguru sozinha... quando ela cansa da posição, ela mesma muda. (M16)

Figura 2 – Oficina educativa – Manejo canguru



Fonte: Elaborada pelo autor

Ainda entre as estratégias na educação em saúde, os folders institucionais eram

distribuídos para leitura após as explicações com álbuns seriados, placas educativas seguidas das práticas levando as participantes a repensar sobre os temas discutidos como reforço à fixação temática, a fim de despertar novas dúvidas para os encontros posteriores. No entanto, algumas admitiam não terem lido por completo, devido ao tempo insuficiente tendo que se dedicar ao bebê, além da dificuldade na leitura, ou mesmo por esquecimento.

De forma geral, as mães eram constantemente estimuladas a relatar suas experiências e dúvidas no cuidado com o prematuro, visando à revisão de temas e muitas vezes com a execução dos mesmos no momento dos cuidados com seus bebês ou com os bonecos - bebê e próteses mamárias.

Figura 3 – Oficina educativa – Bonecos (bebê), próteses mamárias, placas educativas



Fonte: Elaborada pelo autor

Os temas mais discutidos pelas participantes, em relação aos *cuidados aos recém-nascidos*, os quais as mães referiram mais dificuldades, em desempenhar algum cuidado específico foram os relacionados ao aleitamento materno, sinais de alerta e banho, principalmente quanto à utilização do copinho para oferta da dieta, engasgamento, manuseio no banho e assaduras.

Sempre existem dúvidas em relação aos cuidados com o bebê. (M10)

Não dou no copinho... dá medo dele se engasgar! (M19)

Uma vez meu bebê parou de respirar 20 segundos e depois voltou, acho que isso é normal. (Pai convidado da (M22))

Aprendemos como colocar o bebê para arrotar e muitas coisas. A gente sempre acha que sabe, mas não sabe de nada. (M15)
O bebê é muito prematuro, ele não tem força pra virar e levantar a cabeça para se livrar do vômito. (M25)
As outras coisas até consigo fazer, mas dar o banho não, só elas (profissionais de enfermagem do setor) (M42)
Eu usei lenço umedecido no meu bebê e não aconteceu nada, nem ressecou nem nada. (M1)
É melhor limpar com sabonete neutro (M40)
O médico que vai dizer qual a pomada certa (M39)

Figura 4 – Oficina educativa – Técnica do banho



Fonte: Elaborada pelo autor

Algumas vezes durante os grupos educativos, era possível observar que havia troca de conhecimentos e vivências entre as mães, por meio do diálogo e gestos, compartilhando sobre a necessidade do colo, a importância do leite materno, do uso indevido da mamadeira além dos cuidados com a ordenha mamária, posição e pega correta, como ilustram os relatos a seguir:

Às vezes é só colocar o bebê no braço e eles param de chorar. Era só falta de carinho. Às vezes o bebê acabou de comer. Mas aí é só pegar e andar com ele com pouquinho. (M5)
O leite materno tem tudo que o bebê precisa, e também cria um vínculo com a mãe. (M9)
Tem que evitar a mamadeira porque a sucção da mamadeira é diferente da mama. E os dentes podem ficar pra fora (M29)
Pra tirar o leite basta fazer assim: Massagem com esses dois dedos (indicador e médio) flexionando para tirar os nódulos, em forma de círculo perto da aréola. Aí depois faz a preguinha e pronto. (M23)
Na pega correta eu encosto a barriga com barriga, a cabeça tem que ficar virada pro peito, a boca dele tem que pegar toda aréola. (M36)
O que vai causar a assadura não é a pomada não, é forma como você limpa. (M2)
Não precisa passar sabonete neutro no rosto porque vai irritar o olho do bebê. (M7)

Figura 5 – Oficina educativa – *Fala Sério? Com certeza!*



Fonte: Elaborada pelo autor

Em alguns grupos alguns temas como a promoção do aleitamento materno foram alvos de polêmica com o surgimento de questionamentos das próprias mães com relação à produção láctea, uso da mamadeira, de complementos industrializados durante o período de amamentação. Por alguns momentos, causou desconforto entre algumas participantes por divergência nas opiniões e experiências anteriores. Sendo revelado o momento oportuno para esclarecimento das informações por parte da pesquisadora.

Como vou amamentar se não tenho leite...?(M11)

Não é pra usar mamadeira né. Mas a gente acaba usando. Creio eu que pelo menos enquanto está amamentando não se deve usar. (M17)

Mas antes de vir pra cá ela usava chuquinha... (M28)

Eu não vou amamentar até os 6 meses. Eu sei da importância, mas eu não vou dá exclusivo não, porque eu não aguento. Só se começar a jorrar leite do meu peito. (M31)

Figura 6 – Oficina educativa – Técnica da pega e posição correta



Fonte: Elaborada pelo autor

Durante as orientações sobre os cuidados com o RN de risco, parte das mães mostrou-se insegura ante esta questão, esperando esclarecimento na medida em que se aproximava o momento da volta ao lar. Preocupações em relação à continuidade e capacidade de executar esses cuidados no domicílio, sobre a disposição da rede de cuidados entre os membros da família e serviços de saúde, além da interferência desse novo momento ao seu cotidiano entre a organização da casa e vida social. A avó do bebê foi referida de forma positiva como uma pessoa com experiência e que poderia ajudar nos cuidados com ele após a alta hospitalar, mas também com uma conotação negativa, como demonstram os relatos a seguir:

Quando eu tiver sozinha e se acontecer alguma coisa com meu bebê eu vou no posto de saúde ou ligo pra cá. (M5)

Às vezes, a opinião dos outros ajuda. (M14)

Minha mãe vai me ajudar bastante, pois o meu irmão nasceu prematuro também” (M17)

Quando meu filho tiver doente e não puder ir para o hospital, eu vou pedir ajuda da minha mãe, porque ela é mais velha e entende mais. (M24)

Minha mãe ia achar ruim. Porque saiu uma mulher sexta com os gêmeos e o leite que a médica passou, uma caixa com 12 é quase 200,00 reais. Se eu chegar em casa dizendo pra comprar esse leite, minha mãe vai é brigar e mandar fazer Mucilon (M40)

Minha mãe sabe menos que eu. (M3)

Agora a gente só vai arrumar a casa se der tempo. (M7)

Quando o bebê nascer muda tudo, a nossa vida social. (M5)

Todo mundo está me perguntando se vou viajar nesse carnaval. Aí eu: - Não, não, podem ir. Depois, no outro ano, quando der certo, eu vou. Igual no final do ano, todo mundo preocupado. Eu disse: gente, eu estou bem. Vocês pode ir se divertir. Eu estou bem. Está com filho, para mim, já é muita coisa. Carnaval todo ano tem e filho não. (M6)

Figura 7 – Oficinas educativas



Fonte: Elaborada pelo autor

Houve ainda a presença de mitos e crenças relacionadas à alimentação do prematuro e à necessidade de complementos à amamentação além do uso dos bicos com a influência dos fatores culturais por parte dos familiares, percebidos entre as participantes.

A maioria das avós têm costumes antigos que querem aplicar nos netos. - Pai convidado - (M33)

As avós, principalmente, dão muita opinião. Elas falam: Dá água esse menino que ele tá é com sede!; Eu sei tive 4 meninos, quer saber mais que eu!? Nunca morreram! (M5)

*Eu quero dar o bico pra minha bebê porque eu acho bonito (risos) (M3)
Quando entra água no ouvido da minha outra filha maior, eu coloco água na boca, buchecho e coloco no ouvido dela. (M1)*

Se a gente fosse seguir nossos familiares e as pessoas mais antigas, a gente não fazia nada que vocês (enfermeiras) mandam. Eles mandam a gente dar NAN, mingau. Eles dizem assim: eu criei tudinho e nenhum morreu (M9)

As mudanças ocorridas na sociedade apresentam entre suas consequências algumas influências políticas e tecnológicas na dinâmica familiar. Isso foi percebido no momento em que as mães foram levadas a refletir sobre esses fatores frente à disposição de cuidados ao seu RN revelando o acesso à Internet e redes sociais como possibilidade de esclarecimento das dificuldades quando receberem alta hospitalar além dos questionamentos sobre a nova lei que ampara amamentação em público, além da divergência de posicionamentos entre os dois fatores por parte de alguns participantes.

Eu olho o facebook pra procurar ajuda, vou olhar muito. (M3)

Não existe um tutorial na internet de como criar uma criança. - Pai convidado - (M17)

Quando tenho dúvidas eu busco pessoas experientes, que já tiveram filhos e que saibam. Não olho nada na internet porque na internet nem tudo é verdadeiro. Eu posso até olhar na internet, mas tem coisa que eu desconfio (M2)

A lei de poder amamentar em qualquer lugar é legal. Ela tá certa. Tem que funcionar. (M1)

Se quiser dá o peito sem esconder com a fralda pode dar. (M19)

Perguntaram se eu queria ganhar uma mamadeira. Aí eu: Eu não. Deixa ela aí, eu tenho meu peito. (M5)

Eu não vou ficar à vontade em dar o peito na frente das pessoas. Quando eu quiser dar de mamar, eu vou pedir licença pras pessoas e vou dar. Eles vão ter que entender. (M6)

Como parte avaliativa da intervenção educativa foi solicitada às participantes ao final de cada oficina que respondessem como se sentiam com relação ao aprendizado estimulado durante as rodas de conversa. Por meio de carinhas artesanais com expressões de alegria e tristeza ofertadas ao fim da ação resultando em 100% de carinhas alegres, outras vezes de forma verbal, solicitávamos palavras que simbolizassem aquela experiência educativa e em grande parte de forma voluntaria as mães revelavam sentimentos de

autoeficácia e segurança materna ao ensiná-las a realizar os cuidados do bebê, com discursos entre as participantes de superação e confiança comparando ao que sentiam no início da internação na UCINCa.

Com o tempo aqui participando dessas tardes com vocês percebi que melhorei demais... já sei até dar banho... (M13)

Foi muito bom... mesmo eu, que tenho 3 filhos é muito diferente cuidar desse prematuro... (M21)

Impressionante... quando ele nasceu tinha medo até de tocar... agora já sei trocar a fralda, durmo com ele um tempão no canguru e dou o peito. só falta ele sugar direito pra gente ir embora (M27)

Gostei mais daquele jogo da memória... faz a gente parar e lembrar como faz com o bebê da gente (M34)

Eu já tirava o leite, mas agora aprendi melhor a ordenhar... até tô doando leite (M42)

Foi ótimo...só em saber que posso passar a dor do meu filho com as massagens que eu aprendi a dar na barriga dele! (M4)

Claro que minhas carinhas sempre serão de riso... tinha pavor em dar banho agora já sei até colocar ele de lado quando gofar pra não se engasgar e nem ficar roxo (M18)

Figura 8 – Avaliação educativa



Fonte: Elaborada pelo autor

Surgiu ainda a preocupação destas de que outras mães, com filhos prematuros, participassem também das atividades na tentativa de um preparo mais adequado quando estiverem em seus domicílios. Esse momento foi importante, pois levava às participantes a repensar sobre os temas discutidos.

Percebe-se que, para as mães, além das atividades em educação em saúde na UCINCa serem importantes para o conhecimento e esclarecimento das dúvidas, possibilitou o aprendizado contribuindo para o desenvolvimento do cuidado do bebê, não só no hospital, mas também quando estiverem em seus domicílios:

Achei que foi muito bom... deveria ser feito desde quando a gente entrou no hospital. (M32)

Gostei... Fazia tudo errado com a minha filha mais velha... usei umbigueira, dei chá e água. minha avó mandava, mas agora só álcool no umbigo e peito até ficar durinho (M38)

O mais difícil eu sei que vai ser dar só o peito, mas como sei agora que é muito importante farei o possível pra não dar nada a mais e nem deixar minha mãe dar (M43)

O pai dele até já comprou uma lata (de leite)... trouxe outro dia pra cá, mas não deixaram entrar (na maternidade) e nem quero mais... só pra deixar cólica no meu bebe e com as fezes dele com essa tal de melena... quero não (M40)

Agora eu entendi porque aqui (UCINCa) é um pé pra casa... com tudo isso que to aprendendo nessas tardes com vocês vou poder fazer em casa como se tivesse cuidando dele aqui... a gente aprende muito...(M5)

Durante toda a discussão sobre os cuidados com os prematuros, nas reuniões, as participantes, de forma geral, mantiveram-se direcionadas à roda de conversa de forma participativa demonstrando interesse na discussão. Algumas por estarem amamentando ou acompanhando o banho do bebê ou ainda, por motivos pessoais, não terem participado no momento em que foram convidadas. Outras, no início, não se demonstravam motivadas em participar, no entanto, ao longo das atividades, com estímulo e descontração por parte dos pesquisadores ou mesmo pelas outras mães interagem mesmo que de forma cautelosa nas atividades.

5.3 Aplicação da Escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida e associações com as características dos binômios e o seguimento na atenção primária à saúde

Na fase inicial, aplicou-se a escala da autoeficácia com intuito de verificar o conhecimento das mães antes da intervenção, sobre os cuidados com o prematuro. Estes foram comparados com os obtidos a partir da mesma escala e respectivos instrumentos já no domicílio, quinze dias após a alta hospitalar.

Tabela 2 – Distribuição do percentual de concordância, segundo as participantes, antes e após a alta hospitalar, Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016².

n=43	Itens da Escala	Antes		Depois		p
		N	%	N	%	
	01.Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.	13	30,2	39	90,7	<0,0001
	02.Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.	12	27,9	40	93,0	<0,0001
	03.Eu percebo quando meu bebê está doente.	5	11,6	39	90,7	<0,0001
	04.Eu entendo os sinais do meu bebê.	3	7	39	90,7	<0,0001
	05.Eu sei fazer meu bebê feliz.	38	88,4	41	95,3	<0,453
	06.Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.	27	62,8	41	95,3	<0,001
	07.Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.	31	72,1	41	95,3	<0,013

Continua

² Teste de Mc Nemar

Tabela 2 – Distribuição do percentual de concordância, segundo as participantes, antes e após a alta hospitalar, Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016. (Conclusão)

n=43	Itens da Escala		Antes		Depois		ρ
	N	%	N	%	N	%	
08.	Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.	10	23,3	40	93,0	<0,0001	
09.	Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido (a).	20	46,5	41	95,3	<0,0001	
10.	Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado (a).	19	44,2	40	93,0	<0,0001	
11.	Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.	2	4,7	40	93,0	<0,0001	
12.	Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto (a).	21	48,8	41	95,3	<0,0001	
13.	Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.	15	34,9	39	90,7	<0,0001	
14.	Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.	33	76,7	41	95,3	<0,039	
15.	Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.	16	37,2	38	88,4	<0,0001	
16.	Eu sou boa em manter meu bebê entretido.	30	69,8	41	95,3	<0,003	
17.	Eu sou boa em alimentar meu bebê.	9	20,9	40	93,0	<0,0001	
18.	Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.	33	76,7	41	95,3	<0,039	
19.	Eu sou boa em dar banho em meu bebê.	2	4,7	40	93,0	<0,0001	
20.	Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.	41	95,3	41	95,3	1,000	

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados apresentados da tabela 2 de aplicação da escala, antes da intervenção educativa, evidenciaram variação de concordância entre as participantes com destaque para os quesitos 11 e 19, os quais apresentaram os menores escores de autoeficácia. Além dos itens 3, 4 e 17 que também foram baixos, evidenciando baixa autoeficácia antes da intervenção educativa.

Já os resultados após intervenção, demonstraram aumento na autoeficácia em todos os itens com variação de 88% a 95%, demonstrando a aquisição de maior percepção de autoeficácia no contexto domiciliar em comparação com a fase hospitalar.

Não houve associação estatística por meio do teste p de *Mc Nemar* entre as alternativas 5 e 20 no que se refere à autoeficácia frente aos comportamentos nos quais não se apresentaram diferenças entre os dois momentos da aplicação da escala.

Tabela 3 – Avaliação da Autoeficácia Materna percebida antes e após intervenção educativa e os dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016.³

Variáveis n=43	Antes		Depois		P
	N	%	N	%	
Idade					<0,0001
17-32	9	28,1	31	96,9	
33 ou +	5	45,5	10	90,9	
Procedência					<0,0001
Interior	5	33,3	15	100	
Capital e RM	9	32,1	26	92,9	

Continua

³ Teste de Mc Nemar

Tabela 3 – Distribuição da Avaliação da Autoeficácia Materna percebida antes e depois da intervenção educativa e dados sociodemográficos maternos. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016 (*Conclusão*)

Variáveis n=43	Antes		Depois		P
	N	%	N	%	
Escolaridade					<0,0001
Ensino fundamental	6	37,5	15	93,8	
Ensino médio	8	29,6%	26	96,3	
Estado civil					<0,0001
Com companheiro	13	34,2	36	94,7	
Sem companheiro	1	20	5	100	
Profissão					<0,0001
Não remuneradas	10	37	26	96,3	
Remuneradas	4	25	15	93,8	
Pessoas (casa)					<0,0001
Até 3	4	18,2	21	95,5	
4 – 6	10	47,6	20	95,2	
Renda Salarial					0,002
Até 1 salário	7	33,3	19	90,5	
A partir de 2 salários	7	31,8	22	100	
Id GESTAC					<0,0001
RNPT (<34s)	10	30,3	32	97	
RNPTT (34-36s)	4	40	09	90	
Peso ao Nascer (RN)					0,004
Maior Risco < 1500g	6	37,5	15	93,8	
A partir de 1500g	8	29,6	26	96,3	
Peso Atual (RN)					<0,0001
< 1500g	3	100	3	100	
A partir de 1500g	15	37,5	38	95	

Fonte: Elaborado pelo autor

A tabela 3 demonstrou que houve correlação de significância na associação da escala da Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida com os dados sociodemográficos maternos nas seguintes variáveis: ter entre 17-32 anos ($p < 0,0001$), morar na capital e região ($p < 0,0001$), ensino médio ou mais ($p < 0,0001$), viver com companheiro ($p < 0,0001$), não remuneradas ($p < 0,0001$), morando com até três pessoas na mesma casa ($p < 0,0001$), com renda familiar menor ou igual a 1 (um) salário mínimo ($p < 0,002$). Quanto às características do RN, houve significância estatística com a idade gestacional ≤ 34 semanas ($p < 0,0001$) e com o peso ao nascer ($p < 0,0001$) e atual ($p < 0,0001$) a partir de 1500g.

A tabela 4, a seguir, mostra a distribuição dos 43 binômios em relação ao uso da posição canguru e às características do aleitamento materno antes e depois da alta hospitalar.

Tabela 4 – Distribuição da posição canguru e características do aleitamento materno antes e após a alta hospitalar Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016

n=43 Variável	UCINCa		Domicílio	
	N	%	N	%
Posição Canguru				
Usa a posição canguru?				
Sim	42	97,7	39	90,7
Horas/dia?				
Até 2	13	30,9	13	33,3
3 -5	17	40,4	19	48,7
Mais de 5	12	28,5	7	17,9
Motivo/sim?				
Desejo de usar	2	4,7	1	2,5
Apoio dos familiares	1	2,3	-	-
Apoio dos profissionais	7	16,6	-	-
Preocupação com o filho	32	76,1	38	97,4
Gosta de usar posição?				
Sim	42	97,7	39	90,7
Motivo /não?				
Falta de apoio dos profissionais	1	2,3	-	-
Desconforto ou dor	-	-	1	2,3
Não tem a bolsa	-	-	34	79
Aleitamento Materno				
Amamentando?				
Sim	42	97,7	43	100
AME?				
Sim	31	73,8	26	60,5
Motivo/sim?				
Desejo de amamentar	4	9,5	-	-
Preocupação com o filho	39	92,8	43	100
Gosta de amamentar?				
Sim	42	97,7	43	100
Motivo /não?				
Baixa produção láctea	-	-	14	32,5
Dificuldade para amamentar à	-	-	03	6,9
Não desejava amamentar	1	2,3	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor

Os resultados quanto ao uso da posição canguru demonstram que houve uma diferença de 90,7% no domicílio comparadas a 97,7% na UCINCa. Quando confrontadas sobre a quantidade de horas por dia em uso da mesma posição, verificamos que as categorias até duas h/d com 33,3% e de 3-5h/d com 48,7% revelam predominância depois da alta hospitalar com baixo percentual apenas quando 07 mães (17,7%) citaram utilizar por mais de cinco horas/dia. No entanto 79% das participantes alegaram como motivo do não uso a falta da bolsa canguru, esta disponível apenas na UCINCa.

Com relação ao aleitamento materno, quase 100% das participantes mantêm a prática mesmo após a alta hospitalar. No entanto, apenas 26 (60,5%) mães seguem em aleitamento materno exclusivo nos domicílios comparado a 31 (73,8%) na UCINCa. Entre outras justificativas, 32,5% das mães citaram a baixa produção láctea como motivo principal para a introdução do complemento artificial apesar de 100% delas preferir manter o

aleitamento materno por sentirem-se preocupadas com a saúde dos seus filhos prematuros.

A tabela a seguir traz os percentuais referentes à continuidade por parte da Atenção Primária em Saúde dos cuidados ao RN prematuros no retorno ao domicílio após 15 dias da alta hospitalar

Tabela 5 – Distribuição dos dados de seguimento da atenção primária em saúde após 15 dias da alta hospitalar. Fortaleza, CE, Brasil, set/2015 – fev/2016

Variáveln=43	N	%
Retorno atenção primária após alta hospitalar quantidade:		
UAPS	5	11,6
Não sabia	30	69,8
Não tinha vaga/ Não confia no serviço	8	18,6
Maternidade	43	100
Recebeu visita domiciliar da ESF: (n=17)		
Enfermagem	4	23,5
ACS	13	76,5
Não	26	60,5
Temas orientados na visita domiciliar (n=17)		
AME	14	82,3
Cuidados ao RN	11	64,7
Posição Canguru	5	29,4
Dificuldades após alta hospitalar?		
Amamentação	21	48,8%
Cuidados com o RN	2	4,6
Posição canguru	1	2,3
Sinais de alerta	4	9,3
Não	15	35%
Solicitou ajuda? (n=16)		
Familiares	10	62,5
Profissionais ESF	6	37,5

Fonte: Elaborada pelo autor.

Apenas 5 (11,6%) binômios egressos da UCINCa buscaram o apoio da UPAS, sendo que aqueles que não procuraram atendimento na atenção primária destacaram não saber desta possibilidade, como indica 69,8% das participantes.

Quando questionadas pela participação da equipe de saúde da família nesse processo por meio da visita domiciliar, 60,5 % afirmaram não ter recebido assistência em seus domicílios. Vale destacar que dos binômios que receberam visitas domiciliares dentro dos 15 dias após alta hospitalar, 13 foram cumpridas pelos ACS e apenas 4 por profissionais da enfermagem revelando mais uma vez o não cumprimento do que é preconizado pelo MS.

Ainda com relação às VD, entre os temas mais abordados, tivemos o AME com 14 (82,3%) das orientações seguidas de 11(64,7%) sobre os cuidados que os pais devem dispensar aos seus bebês. Mas apenas 5 (29,4%) dos profissionais que abordaram os pais no

domicílio orientaram sobre os benefícios da posição canguru mesmo após a alta hospitalar.

Entre as 28 mães que admitiram sentir dificuldades para cuidar do seu filho depois da alta hospitalar, 21(75%) referiram-se sobre a amamentação, seguida (14,2%) dos sinais de alerta como os principais problemas enfrentados, apesar de pequena parcela das mães, 16 (57,1%), terem solicitado ajuda por parte dos familiares (10-62,5%) e profissionais (06-37,5%).

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes do estudo

Acerca dos dados sociodemográficos, a predominância foi de mães na faixa etária entre 17 a 32 anos de idade, corroborando com estudo de Ribeiro *et al.* (2014) realizado no Estado do Piauí, no qual a maioria das mães apresentava-se na fase reprodutiva e uma minoria de puérperas adolescentes. No entanto, outro estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte em 2014, verificou o perfil de puérperas e identificou aumento na faixa etária, evidenciando uma tendência em que essas mulheres têm engravidado mais tarde (Oliveira *et al.*, 2014). Estes dados são importantes pois demonstram que a variável faixa etária parece estar relacionada ou não aos riscos de partos prematuros, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, com destaque às variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar.

Acerca da procedência, observou-se que a maioria das mães reside na capital ou região metropolitana. Esse dado também foi constatado em Maringá, (2011) onde o percentual de bebês nascidos com baixo peso foi maior nos municípios sede (PREDEBON; MATHIAS, 2011). A procedência da capital parece favorecer a aproximação das mulheres com os centros de saúde mais avançados, possibilitando ter um atendimento mais específico. Possivelmente muitas mulheres que têm seus partos prematuros sequer chegam a ter um atendimento adequado, muitas vezes devido à distância com a capital ou centros mais especializados.

Quanto ao nível de escolaridade das mães de RN prematuros, o Ministério da Saúde considera o baixo nível como um fator de risco importante para a sobrevivência infantil principalmente nas regiões Norte e Nordeste cujas desigualdades sociais são alarmantes, pois quanto maior o nível de escolaridade, maior o acesso a serviços de saúde de qualidade, o que diminui a incidência de partos prematuros (BRASIL, 2012c).

No entanto, de acordo com o estudo mencionado, a maioria das puérperas possui o Ensino médio. Esse fato parece demonstrar que por si só o grau de instrução não é um bom preditor de prematuridade, mas a sua associação com outros fatores de risco. Assim como no estudo de Ferraz; Neves *et al.*, (2011), em que a minoria apresentou a escolaridade baixa.

Acerca da renda familiar, em que a maioria não trabalha e possui baixa renda, segundo as próprias participantes, esse fato permitirá maior disponibilidade de tempo para cuidar da casa e do bebê. Esse aspecto pode favorecer a amamentação de qualidade e aumentar cada vez mais o laço entre mãe-filho. No entanto, de acordo com Rodrigues *et al.*

(2013), o baixo nível socioeconômico demonstra ser um grave problema da realidade social, aumentando ainda mais os riscos de morbimortalidade materna e infantil, afetando dessa forma o seu estado nutricional e, conseqüentemente, a saúde do filho.

Em relação ao estado civil, grande parte das participantes vive com companheiro. A participação do parceiro nessa fase é de fundamental importância, pois irá ajudar a mãe a enfrentar o medo, angústia e insegurança diante da prematuridade.

Em estudo realizado na maternidade pública no município de Imperatriz (2012), polo de saúde para os Estados do Maranhão, Tocantins e Pará, buscou-se investigar os fatores de risco maternos associados ao nascimento de prematuros e foi identificado que, embora o número de solteiras entre essas mães tenha sido maior do que o de mães a termo, não foi possível constatar evidência estatisticamente significativa (ALMEIDA *et al.*, 2012). Assim, a partir de evidências que podem associar a rede social de apoio com uma maior possibilidade de apoio à puérpera é imprescindível identificar estas situações e propor estratégias para melhorá-las.

Com relação aos aspectos obstétricos, metade das participantes são múltiparas e algumas, com histórico de prematuridade. A maioria realizou o pré-natal, mas apenas a minoria realizou seis ou mais consultas. Conforme o Ministério da Saúde, a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de ajudar a se prever a prematuridade na atual gestação, além da necessidade de no mínimo 06 consultas de pré-natal para promover uma gestação saudável sem complicações para mãe e para o filho (BRASIL, 2012c).

No que se refere às características dos recém-nascidos, grande parte possuía idade gestacional ≤ 34 semanas (RNPT), com peso ao nascer e atual ≥ 1500 g e com uma média de 18,07 (dp 17, 7) dias de internação na UCINCa.

Para algumas mães, esses foram longos dias de angústia e desespero, mas muitas outras consideraram ser um dos períodos de menor estresse, depressão e ansiedade por ocorrerem interações mais positivas com redução no tempo de internação em quase quatro dias. Isso por ser o local propício para serem submetidas à educação em saúde de forma dinâmica por habilitar-se nos cuidados de seu filho, bem como das decisões sobre as condutas terapêuticas com o fortalecimento do vínculo entre o binômio e a promoção do contato pele a pele do canguru influenciando inclusive no estabelecimento da amamentação (CHIODI *et al.*, 2012)

6.2 Intervenções educativas e as percepções maternas

A intervenção educativa na UCINCa, proporcionou conforto e tranquilidade aos binômios em contato pele a pele reunidos nos grupos de discussão entre as participantes e pesquisadores de forma dinâmica e participativa. As atividades educativas facilitam o caminho para que o aprendizado ocorra com autonomia, favorecendo a discussão sobre as dificuldades vivenciadas (FREIRE, 2011; FONSECA *et al.*, 2011a; FIGUEIREDO e QUEIROZ, 2012).

A utilização de estratégias educativas, principalmente jogos, desperta maior interesse entre as mães, pois o processo ensino-aprendizagem deve ser dinamizado com o estímulo à interação e competição entre acertos e erros, contribuindo na aquisição de conhecimentos (FONSECA *et al.*, 2011b; QUEIROZ, 2014). Assim, neste estudo, quando se dialogou acerca da posição canguru, aleitamento materno, sinais de alerta, foi permitido entre as participantes, mesmo as mais introvertidas, comentar sobre o cuidado com o seu filho prematuro e assim subsidiar melhoria na autoeficácia materna nos cuidados com o bebê.

Considerando que as mães possuem dúvida em alguns cuidados essenciais ao RN, alguns autores fizeram estudos de intervenção utilizando outras técnicas de ensino e constataram que a intervenção educativa reforçada por diferentes estratégias pode influenciar no aumento da autoeficácia materna como o uso de flip-chart intitulado "Eu consigo amamentar meu filho como mães em processo de amamentação (Dodt *et al.*, 2015); educação em saúde por meio de palestras às gestantes e puérperas quanto ao seu potencial em amamentar (Chaves, 2014), uso de livretos com ilustrações sobre amamentação a mulheres grávidas (Otsuka, 2013), programa educativo por meio do contato telefônico para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (Furuya, 2013), atividade educativa por meio de orientações verbais e escritas aos pacientes em tratamento medicamentoso de anticoagulante oral (Pelegriño, 2013).

Com referência aos *Sentimentos relacionados ao binômio*, foram reveladas expressões de reduzida autoeficácia nas condutas de cuidar do bebê apesar dos momentos de superação. Em vista disso, o nascimento prematuro pode levar a mãe a se questionar sobre a sua competência de cuidar do seu filho com o bloqueio das interações entre o binômio (SPEHAR; SEIDL, 2013). Apesar dos relatos de insegurança materna e fragilidade emocional pela necessidade de amparo e ajuda no cuidado ao prematuro, as participantes não deixaram de desenvolver uma postura ativa nas oficinas demonstrando empoderamento materno mesmo no ambiente hospitalar.

O estudo de Couto *et al.* (2014) identificou o aprendizado proporcionado pelo círculo de cultura acerca dos cuidados com recém-nascido e destacou a influência da educação em saúde no manejo com as mães de recém-nascido prematuro, pois atividades de educação em grupo deixam as mães mais à vontade para dirimir dúvidas e sentimentos, além de proporcionar interação as elas, compartilhar experiências e favorecer o aprendizado.

O desejo, a necessidade e a satisfação das mães diante de um espaço para falarem de seus sentimentos e contarem sobre a sua intensa experiência também foram citados em Fleck e Piccinini (2013), em que ressaltam a importância de serem implementados mais programas multidisciplinares de acompanhamento da dupla mãe-bebê prematuro. Esse suporte emocional contribui de forma preventiva para os problemas de vínculo, desde o pós-parto, auxiliando as mães a lidar com cuidados ao recém-nascido.

No estudo, observou-se entre as mães a felicidade durante a realização do banho no recém-nascido. Essa atitude favorece a troca de segurança e amor para o bebê, ao contrário, o sentimento de medo, pode estar relacionado ao desconhecimento sobre as técnicas de manejo adequado. É importante que as mães recebam, durante a hospitalização, orientações que possam favorecer o entendimento e assim minimizar as dificuldades do cuidado no ambiente domiciliar (SILVA *et al.*, 2015).

Na categoria *posição canguru*, as mães demonstraram satisfação por participarem das oficinas de forma livre e tranquila sem se preocuparem em deixar seus filhos sozinhos nos leitos além de oportunizar seus benefícios. Foi observado em outro estudo que há pouco estímulo que fortaleça a relação e o vínculo entre o binômio, pois o tempo de contato pele a pele é insuficiente dentro dos hospitais, sendo essa uma ocasião ímpar devido ser o momento de estímulo para amamentação e vinculação entre binômio mãe-filho (BOLSAPATO; MENDONÇA; MARTINS, 2013).

Segundo o *Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica /Ministério da Saúde Brasil* (2015), a posição pele a pele devolve aos pais a segurança de que o filho os reconheça e possua com eles uma ligação especial e única determinando um sentimento de maior empoderamento em relação ao seu protagonismo materno. Além disso, diminui dúvidas e inquietações muito comuns após a alta hospitalar ao mesmo tempo em que configura um cuidado quanto aos sentimentos depressivos e de baixa autoestima na mulher (LAMY *et al.*, 2011).

Ainda em relação às estratégias educativas, Queiroz (2011) ressalta que a utilização de folders institucionais e palestras, de forma isolada, não são suficientes para provocar a sensibilização das mães para a tomada de consciência diante da temática vigente,

seja pela demanda de informações para absorção, ou pela inadequação ao público alvo, implicando na necessidade de integrar outras estratégias como apresentação de vídeos e gravuras sobre as temáticas grupais sempre consultando as suas opiniões.

Na categoria sobre *os cuidados aos recém-nascidos*, os quais as mães referiram mais dificuldades destaca-se o receio em executar tarefas acerca dos temas: aleitamento materno, sinais de alerta e banho. Diante dessa percepção materna de insegurança, o estudo de Pacheco *et al.* (2014) destaca a importância de auxiliar e esclarecer as mães sobre a forma correta, para que elas se sintam capazes de cuidar dos seus filhos mesmo no retorno ao domicílio já na atenção primária à saúde.

Além disso, a intervenção educativa permitiu preencher um espaço de aconchego entre pessoas que experimentam situações próximas sendo observado por meio do diálogo e gestos nas trocas de experiências entre as mães. O contato e a participação em grupos de apoio propiciam o empoderamento materno além de ajustes interacionais, pois impactam na escolha e manutenção do cuidado, por não se sentirem sozinhas, assim ficam à vontade para falar e contribuir umas com as outras. (BRASIL, 2011c; NESBITT *et al.*, 2012).

Nesse sentido, são de suma importância as ações educativas e espaços adequados para as mães expressarem suas dificuldades de forma a oportunizar o desenvolvimento da parentalidade por parte do profissional de saúde.

Os questionamentos e divergências entre as participantes revelaram muita dificuldade sobre a prática do aleitamento materno sendo este o momento oportuno para esclarecimento das informações, pois embora o leite materno traga vantagens biológicas, afetivas e sociais, amamentar prematuros ainda que pareça ser uma tarefa simples e quase natural ainda é um desafio devido à vulnerabilidade e imaturidade neurológica e psicológica do prematuro (LACERDA; SANTOS, 2013).

A maioria das mães deseja amamentar seus filhos, no entanto a vivência materna de situações estressantes seja no hospital ou em casa influenciam sua autoestima, colaborando para diminuir a produção e a ejeção do leite, e, como consequência, o desmame precoce (BRASIL, 2015; DODT *et al.*, 2015). Cabe a nós, profissionais da saúde entender as necessidades do binômio e intervir para promover a autoeficácia da amamentação além de reforçar as orientações sobre a rede de serviços como a atenção primária à saúde a fim de prevenir danos decorrentes da amamentação após alta hospitalar.

A preocupação das mães acerca da continuidade e capacidade de executar esses cuidados no domicílio, além da interferência desse novo momento em sua vida social revelou ainda a influência positiva e negativa dos seus familiares nesse processo. A rede de apoio, nela

inserida a participação familiar, se torna essencial para o aumento da autoeficácia materna (LEAHY-WARREN; MCCARTHY, 2011).

Conforme, Brasil, (2011b, 2013, 2015), para uma mãe poder 'maternar', ela também precisa ser 'maternada', ou seja, para que ela possa exercer seu papel de mãe e cuidadora, alguém deve lhe oferecer cuidado, um colo, escutá-la e, principalmente, dar-lhe apoio. Pode ser a avó, o marido, as amigas e os profissionais do hospital e da estratégia em saúde da família. Assim, para o sucesso do Método Canguru em todas as etapas, parece relevante assegurar ao binômio a harmonia de ações de continuidade no ambiente hospitalar e no domicílio consolidada a partir das equipes multidisciplinares do hospital de origem com o apoio da Atenção Primária à Saúde e da rede social materna.

A presença de mitos e crenças relacionadas à alimentação do prematuro com a influência dos fatores culturais por parte dos familiares também foi marcante entre as participantes. Assim como o estudo de Teixeira (2011), em que as avós podem interferir de modo a desestimular a prática do aleitamento, por tabus e valores enraizados e culturalmente aceitos no contexto histórico vivido por elas, pelo incentivo ao uso de chás, mamadeiras, chupetas, leite artificial de forma a contribuir para o desmame precoce.

Vale ressaltar que a instituição onde a intervenção educativa foi desenvolvida segue os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida; além disso, a política ainda proíbe a promoção de mamadeiras, bicos e chupetas (BRASIL, 2014).

A influência política e tecnológica vem impulsionando o mundo à difusão de informações no eixo familiar. Essa disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia fazem as mães buscarem os ambientes virtuais como alternativas para os esclarecimentos de suas dúvidas a respeito dos cuidados ao seu RN, inclusive ajuda em grupos de apoio ao aleitamento disponível em redes sociais digitais. É necessário um esforço para melhorar o meio e qualidade das informações que chegam às mães. Se ela não for auxiliada para reverter os problemas comuns que surgem, como a orientação sobre a correta pega do bebê, amamentação em público e em livre demanda, poderá ceder aos apelos midiáticos da indústria (SILVA, 2015).

Outro aspecto importante da intervenção educativa foi à avaliação do processo ensino-aprendizado por parte das mães e do fortalecimento da autoeficácia no cuidado do recém-nascido, pois podem atuar acerca da sua realidade e capacidade de transformação. Segundo Ramos (2014), é fundamental que o profissional desenvolva a educação em saúde no sentido de ampliar o campo de saberes e responsabilidades, de modo a tornar sua ação mais

humana e integral e inovar na forma de produzir saúde aos binômios a quem presta assistência.

De acordo com a teoria de Bandura (1977), ao solicitar o feedback das participantes ao final de cada oficina permite identificar os sentimentos de autoeficácia e segurança materna nos cuidados ao seu RN. Embora as mães possam ter experiência no processo de maternagem, a vivência de ser mãe de prematuro demanda a necessidade de novas orientações que, do ponto de vista desta participante, é garantida pela equipe de saúde que lhe acompanha no contexto do Método Canguru. Esse auxílio possibilitará à mãe lidar com os filhos após a saída do hospital. Ou seja, a valorização à aprendizagem dentro do Método Canguru (MC) busca objetivar uma independência funcional ao chegar à casa, incluindo as informações acerca da rede de apoio, como a Estratégia em Saúde da Família.

6.3 A associação da Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida com as características dos binômios e o seguimento na atenção primária à saúde

De acordo com Bandura (1977), o centro da teoria de autoeficácia é estabelecida a partir da crença da pessoa sobre sua habilidade no que tange a desempenhar de forma bem-sucedida um determinado comportamento. Dessa forma, o aumento da autoeficácia em todos os 20 itens no contexto domiciliar em comparação com a fase hospitalar parece evidenciar a contribuição da intervenção educativa para a aquisição de maior percepção da capacidade das mães no cuidado de seus filhos.

Identificar os sinais do bebê ($p < 0,0001$), aconchegar o bebê em situação de choro ($p < 0,0001$) e realizar o banho ($p < 0,0001$) foram os menores percentuais de autoeficácia, antes da intervenção educativa. Considerando que essa etapa do Método Canguru consiste numa transição da aprendizagem materna é importante verificar as competências das mães quanto aos cuidados específicos para que possam ser orientadas a responder prontamente às necessidades do seu filho, favorecendo a confiança e independência do binômio.

Conforme o manual do *Ministério da Saúde – Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde* (2012), muitas mães costumam interpretar de forma errada os sinais do bebê e atribuem o choro à fome ou às cólicas, por isso devem ser esclarecidas de que existem muitas razões para o choro do bebê, incluindo adaptação à vida extrauterina e que, na maioria das vezes, acalmam-se quando são aconchegados ou colocados no peito. Isso reforça a necessidade de as mães se sentirem seguras assim como no momento

do banho como foi revelado, nas falas, como um dos momentos de maior tensão por não saberem a técnica correta de higiene aos prematuros.

Com relação aos resultados após a intervenção educativa, foi possível identificar que todos os vinte itens apresentaram seus percentuais elevados. Inferindo a aquisição de maior percepção de autoeficácia no contexto domiciliar em comparação com a fase hospitalar. No que se refere à autoeficácia frente aos comportamentos, as alternativas 5 e 20 se mantiveram com elevados percentuais de autoeficácia nos dois momentos da aplicação PMP - SE podendo ser consideradas afirmativas subjetivas e, por isso, estatisticamente sem expressiva significância.

Ao adotar uma postura mais acolhedora, orientando a mãe a se organizar nos cuidados com o seu bebê e reforçando suas competências, pode-se observar segundo Brasil (2015), que ela adquire habilidades necessárias para realizar os cuidados ao recém-nascido, estabelece uma relação mais próxima e saudável com o bebê, demonstra satisfação pelo reconhecimento de sua competência, assimila as estratégias que favorecem a interação saudável entre o binômio, e o bebê, ao perceber a segurança materna, pode desenvolver-se sem sinais de infecções com frequência, febres ou dores.

A tabela 3 de distribuição da Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida antes e depois da intervenção educativa e dados sociodemográficos maternos revela que houve correlação de significância na associação da escala com os dados sociodemográficos maternos em todas as variáveis. Assim podemos concluir que as mães entre 17-32 anos que moram na capital e região metropolitana, com ensino médio ou mais, casadas, morando com até três pessoas na mesma casa, não remuneradas, com renda familiar menor ou igual a 1(um) salário mínimo, com RN de idade gestacional ≤ 34 semanas e com o peso ao nascer e atual a partir de 1500g revelaram o aumento da sua autoeficácia materna percebida.

O uso do instrumento que avalia a autoeficácia materna permite ao profissional de saúde conhecer, previamente, a confiança que cada mulher tem para a prática da amamentação (ORÍÁ; XIMENES, 2010)

Outros estudos com mulheres no ciclo gravídico-puerperal revelam que as condições sociodemográficos podem influenciar no desenvolvimento da autoeficácia materna, com destaque às variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar. Destacam que mães na fase reprodutiva, com maior nível de escolaridade, boa renda familiar e com ajuda do companheiro podem amamentar por mais tempo por terem maior acesso às informações quanto aos benéficos e manejo da amamentação (DODT, 2013; UCHOA, 2012; CHAVES, 2012; MANNION *et al.*, 2013).

Os resultados de Guimarães (2015) mostraram que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de autoeficácia ($p=0,0280$) e que, em Hong Kong, as puérperas com maior renda familiar revelaram uma maior autoeficácia (KU; CHOW, 2010).

No estudo, o fato da mulher viver em união estável/casada, assim como em outros estudos que trabalharam com a teoria da autoeficácia, revelou que essa variável parece exercer fortes influências no fortalecimento ou não da autoeficácia materna. Esse aspecto deve ser valorizado pelo profissional de saúde para que promova a capacidade materna de realizar os cuidados necessários do bebê. Conforme Brasil (2015), é de extrema relevância a participação paterna e a necessidade de estimular sua participação nas orientações, no cuidado com o bebê junto a sua companheira ainda no ambiente hospitalar.

Além disso, teoria de Bandura (1977) destacou que a percepção de autoeficácia é influenciada pelo suporte social e por *feedbacks* positivos a respeito de determinado desempenho. Por sua vez, o estudo de Spehar (2013) citou o apoio social do companheiro e da mãe da puérpera, para a aquisição de autoeficácia, podendo ser fortalecido pelo profissional de saúde. Os dados do estudo Leahy-Warren e McCarthy (2011) revelaram uma relação positiva da autoeficácia com a satisfação conjugal e negativa entre estresse materno, ansiedade e depressão pós-parto.

Os resultados da tabela 4 revelam a distribuição dos 43 binômios em relação ao uso da posição canguru e as características do aleitamento materno antes e depois do 15º dia da alta hospitalar. Apesar de referirem gostar da posição canguru e apontarem a preocupação com a saúde dos prematuros como principal motivo, houve uma pequena queda nos índices com relação ao uso do domicílio. Com o retorno ao domicílio, percebeu-se menor frequência em horas ao uso da posição canguru, sendo justificada pela maioria das participantes pela falta da bolsa canguru disponível apenas na UCINCa.

A proposta do método Mãe-Canguru surgiu em Bogotá e foi adotado esse nome, pois da mesma forma que os (marsupiais) cangurus possuem uma bolsa nas quais as suas crias prematuras são aquecidas e alimentadas até se fortalecerem e amadurecerem, as mães de bebês prematuros poderão carregar os seus filhos (ANDRADE e GUEDES, 2005). Assim, o recém-nascido é colocado rigorosamente em posição vertical ou diagonal, entre as mamas e envolvido o binômio com uma faixa de algodão moldável para maior segurança. (BRASIL, 2011b, 2013b).

A posição pele a pele devolve aos pais a segurança de que o filho os reconhece e possui com eles uma ligação especial e única (BRASIL, 2015). Dessa forma, pode diminuir as dúvidas e insegurança materna após a alta hospitalar, oferecendo às crianças um cuidado mais

preciso e interações afetivas mais saudáveis. Por isso, conforme o manual do Ministério da Saúde – *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - 2011, 2013*, é sugerido no acompanhamento após a alta hospitalar (terceira etapa do método) que se pergunte como está sendo realizado o contato pele a pele e por motivo de segurança é necessário reforçar com a família a necessidade de manter o bebê em posição canguru por tempo integral. Diante disso, a participação do pai e de outros familiares deve ser estimulada e reforçada (BRASIL, 2011c, 2013b).

Com relação à amamentação, as mães mantiveram a prática mesmo após a alta hospitalar; no entanto, parte delas não conseguiu manter o aleitamento materno exclusivo no retorno ao domicílio. A baixa produção láctea e a dificuldade para acordar à noite foram os motivos apontados pelas puérperas apesar de 100% delas terem relatado preocupação com relação à saúde dos seus filhos prematuros e entendimento sobre a importância do aleitamento materno.

Os estudos de Monteiro *et al.* (2011) e Polido *et al.* (2011) corroboram que o “leite insuficiente” é um dos principais motivos, na concepção das mães, para a descontinuidade do aleitamento materno exclusivo e destaca a forte influência das crenças socioculturais entre os familiares como a oferta precoce de outros líquidos. Outros fatores podem interferir nessa prática como o trabalho fora de casa; a falta de orientação, suporte e incentivo dos profissionais de saúde; nível socioeconômico; escolaridade; dor e patologias; primíparas; uso de chupetas; comportamento da criança; baixo peso e prematuridade; doenças e tipo de parto (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

Esses aspectos demonstram a importância do apoio e incentivo dos profissionais e familiares no ambiente hospitalar e domiciliar para continuidade do aleitamento materno exclusivo, uma vez que a ansiedade, insegurança e dificuldade no manejo à amamentação por parte das mães podem além de privar o binômio dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, desencadear complicações como o desmame precoce.

Ao retornar ao domicílio, a mulher se sente mais tranquila e confortável, uma vez que apresenta maior disponibilidade e flexibilidade de tempo para a prática do aleitamento, mas ainda assim apresenta insegurança para cuidar sozinha de seu filho. É nesse momento que identificamos a importância da contra referência para a Estratégia de Saúde da Família que poderá favorecer a manutenção da prática da amamentação (MACIEL; ALMEIDA; BRAGA, 2014).

O Método Canguru vem mostrando que o envolvimento familiar com o recém-nascido internado, o cuidado com a mãe e o apoio e as orientações que precocemente

ela recebe com enfoque na amamentação, bem como o contato pele a pele, facilitam a produção do leite e a permanência do bebê por mais tempo em aleitamento materno exclusivo mesmo depois da alta hospitalar. Essa talvez seja uma das tarefas fundamentais da APS, na rotina do ambulatório e das visitas domiciliares, com suas equipes capacitadas, oferecendo orientação e apoio específicos por parte de profissionais sensíveis para lidar com situações diferenciadas das famílias. (BRASIL, 2011c, 2105)

A influência no AME é a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Esta pode ser formada a partir das informações que a mãe já dispõe de ordem pessoal (experiências positivas relacionadas a amamentações anteriores) ou Vicária (observação de outras mães, assistirem a vídeos com orientações, o apoio e o incentivo dos profissionais, da mãe, do companheiro, das avós) (MARGOTTI, 2013).

Essas informações corroboram com a literatura, por apresentarem estatísticas da baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo em pré-termos, mesmo àqueles submetidos ao Método Canguru (Maia, 2010; Czechowski e Fujinaga, 2010). Isso ocorre porque, em geral, as mães precisam retornar ao trabalho e necessitam deixar os seus filhos com outras pessoas que não fazem a utilização do copo, uma vez que estas não têm paciência de administrar a dieta por essa via (BARBOSA, 2015).

Para suprir as possíveis disfunções fisiológicas, neurológicas e garantir todos os outros benefícios que o leite materno proporciona à sua saúde, os RNBP necessitam do aleitamento materno exclusivo principalmente da sua manutenção após a alta da unidade, além de promover a formação de vínculo entre ambos (MARTINS *et al.*, 2013).

Isso sugere que, com o cuidado eficiente no direcionamento das ações, as motivações serão reforçadas e, possivelmente, tem-se um AME por tempo prolongado. Quando há uma orientação nos egressos e uma continuidade nos Atenção Primária à Saúde da Família, apesar das diferentes demandas em que estão inseridas, realizam o aleitamento por um tempo maior (GUERREIRO, 2014).

Os resultados da tabela 5 trouxeram os percentuais referentes ao seguimento na Atenção Primária em Saúde dos cuidados ao RN prematuros após 15 dias da alta hospitalar em que apenas 11,6% dos binômios egressos da UCINCa buscaram a assistência das UPAS revelando a ruptura do cuidado na 3ª do Método Canguru pelo não cumprimento da assistência na Atenção Básica e na Maternidade como recomenda o MS por não terem o conhecimento dessa informação.

Em Barbosa (2015), 50,7% fizeram uso da Atenção Primária à Saúde, um fato que pode ser justificado pela questão da mobilidade, já que os postos de saúde são mais próximos

das residências das mães, principalmente, daquelas que residem próximo às zonas rurais. Apesar disso, não se pode afirmar se houve substituição de uma forma de acompanhamento pela outra

Vale ressaltar que a 3ª etapa do Método Canguru “se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial”. Por isso, a comunicação entre o hospital e a atenção básica é de fundamental importância para estabelecer uma linha de cuidado, pois não se trata apenas de uma consulta, mas de um momento de troca, de uma assistência a ser seguida com base na demanda da família (BRASIL, 2011b, 2013).

Nesse estudo, a maioria dos binômios não recebeu assistência de nenhum integrante das equipes de saúde da família em seus domicílios. A visita domiciliar contribui na diminuição de casos de morbidade e mortalidade materna e neonatal, aumentam o vínculo com a puérpera e contribui para um cuidado integral, holístico e continuado (BRASIL, 2012, 2015). Sua realização é imprescindível para a detecção e prevenção de problemas que afetam a boa evolução do puerpério, pois propicia os benefícios que os profissionais de saúde dentro de sua unidade possivelmente não alcançariam (MEDEIROS; COSTA, 2016). Dessa forma, enfatiza-se a relevância da abordagem dessas puérperas e de seus prematuros, bem como de toda a família em seu ambiente domiciliar a fim de prover as necessidades que possam surgir.

Para isso, os profissionais de saúde deveriam fornecer informações, convidar os companheiros para se tornar aprendizes ativos e discutir as funções que possam sentir dificuldade para executar.

Ainda em relação às VD, apenas 29,4% dos binômios receberam orientações sobre os benefícios da posição canguru no domicílio. 35% das mães não referiram dificuldades nos cuidados ao RN. No entanto, a amamentação, sinais de alerta, posição canguru estão entre as dificuldades relatadas depois da alta hospitalar sendo solicitada ajuda dos familiares e dos profissionais de saúde.

O Método Canguru possibilita construir a auto-imagem materna a partir das experiências do contato pele a pele e da participação nos cuidados com o bebê, porém os dados referentes às dificuldades de adesão à posição canguru podem contribuir para ações da equipe destinadas a ampliar a realização da prática desde as etapas hospitalares até o domicílio, pois a realização menos frequente do posicionamento canguru no hospital representou forte indício de não adesão às orientações após a alta hospitalar (SPEHAR; SEIDL, 2013).

É de fundamental importância identificar os cuidados ao RN que as mães

revelam ter menor autoeficácia. No caso deste estudo, identificar os sinais do bebê, aconchegar o bebê em situação de choro e realizar o banho foram itens que apresentaram menores percentuais, observados antes da intervenção educativa. Por isso, ao reconhecer as competências das mães, o profissional de saúde poderá avaliar e intervir nos cuidados específicos e incentivar a sua execução com segurança por parte das mães e dos familiares.

Assim como a amamentação, esse estudo também verificou no 15º dia após alta hospitalar, a diminuição dos percentuais com relação ao AME. Nessa perspectiva, poderia ter sido reforçada a importância da continuidade mesmo em casa e assim minimizada os riscos como o desmame precoce se os binômios fossem assistidos nas visitas domiciliares pela APS.

O estudo de Soares *et al.* (2013) revelou que, para avaliar a percepção, autoeficácia e a promoção do aleitamento materno, pode ser relevante na rotina de trabalho dos enfermeiros, especialmente nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares de puérperas, utilizar instrumentos que verifiquem e diagnostiquem a confiança das mães no aleitamento materno e no seu potencial para amamentar.

Os dados sobre a participação materna ao longo do uso do Método Canguru apontaram também a necessidade de as equipes de saúde estarem atentas para as características individuais das mulheres na realização da posição canguru, para não generalizar e idealizar a participação materna no MC, bem como a importância de fortalecer orientações e fornecer materiais que viabilizem a prática no contexto hospitalar, fase significativa para a manutenção da posição canguru após a alta (BRASIL, 2015; SPEHAR e SEIDL, 2013).

7 CONCLUSÕES

O estudo trouxe a oportunidade de avaliação da autoeficácia e aprendizagem das mães dos prematuros assistidos na UCINCa de uma maternidade em Fortaleza, quanto à amamentação, aos benefícios da posição canguru e aos cuidados com o recém-nascido. Neste estudo, a identificação dos escores da autoeficácia materna demonstrou que identificar os sinais do bebê, aconchegá-lo em situação de choro e realizar o banho obtiveram os menores percentuais de autoeficácia, antes da intervenção educativa, nos quais, após intervenção, houve aumento considerável e importante.

Assim, a pesquisa evidenciou que é importante para o enfermeiro, membro da equipe de saúde, avaliar quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe necessita de mais apoio e orientação para responder prontamente às necessidades do bebê, aumentar sua confiança e favorecer sua independência em tempo apropriado e, a partir daí, realizar um plano educativo ou de cuidado. Assim o uso da Escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida, como instrumento de análise da autoeficácia materna, possibilita o direcionamento das intervenções da equipe de saúde local.

Esse estudo permitiu verificar que, para promoção da equidade entre os binômios, corroborando com outros estudos, é preciso maior empenho da equipe de saúde dirigido à população com maior dificuldade de acesso aos serviços, maior vulnerabilidade e maior necessidade de atenção integral qualificada, resolutiva e continuada à assistência neonatal.

Os resultados demonstraram, ainda, a associação estatisticamente significativa dos dados sociodemográficos com a autoeficácia das mães de prematuros na fase reprodutiva, com ensino médio, que moram na capital e que vivem com seus companheiros. Uma vez que mães com renda familiar menor ou igual a 1 (um) salário mínimo, sem companheiros e com baixo nível de escolaridade podem apresentar maior dificuldade no acesso à assistência à saúde, à continuidade do uso da posição canguru e da amamentação exclusiva, por insegurança no cuidado, por ausência de apoio dos familiares ou falta da continuidade da assistência na Atenção primária à saúde.

A variável união estável em que a maioria das mães de prematuros vivem com companheiro reforçou junto a outros estudos sobre a sua importante significância nos testes de autoeficácia materna. Cabe ressaltar a preocupação revelada por algumas mães nesse estudo devido à ausência de apoio por parte dos familiares principalmente após alta hospitalar. Esse fato, além de fragilizar os laços afetivos familiares, limita a melhoria da autoeficácia materna percebida. Esse aspecto é de extrema relevância por destacar a importância da participação

paterna nos índices da autoeficácia das mães aos cuidados dispensados aos seus filhos prematuros, reforçando assim a necessidade de buscarmos sua participação nas orientações, no cuidado com o bebê junto com a sua companheira ainda na maternidade a fim de estabelecer a rede de apoio familiar no retorno ao domicílio e propiciar o desenvolvimento saudável do neonato.

Embora alguns fatores sociodemográficos possam interferir na autoeficácia materna, parece ser imprescindível o envolvimento da equipe com enfoque na educação em saúde do ambiente hospitalar e da atenção primária na promoção da autoeficácia materna nos cuidados ao recém-nascido. Esse aspecto foi reforçado com o aumento dos índices da autoeficácia materna identificada após a intervenção educativa por oportunizar a promoção da aprendizagem quanto à amamentação, benefícios da posição canguru e aos cuidados com o recém-nascido.

Sabendo que compete aos profissionais de saúde acolher e prestar assistência às mães e aos bebês, vale destacar a enfermagem como protagonista desse cuidado, uma vez que é a classe profissional que dispensa um maior contato aos binômios, praticando o aconselhamento por meio da educação em saúde em vários aspectos, monitorando possíveis intercorrências e intervindo sempre que necessário.

O estudo evidenciou ainda que a utilização de estratégias nas oficinas como os jogos educativos são relevantes meios de desenvolvimento do aprendizado, uma vez que buscam favorecer a fixação dos temas e ainda a estimular a expressão de sentimentos por parte das mães, como a angústia pelos anseios da prematuridade, mas também de superação e distração da situação atual. Por isso consideramos que essa pesquisa de intervenção junto a outros estudos é de grande importância para a identificação da autoeficácia na tentativa não só de nortear o desenvolvimento das práticas de assistências ao binômio no ambiente hospitalar e domiciliar, mas também de demonstrar o importante papel da mãe e familiares no estabelecimento do vínculo, do cuidado aos RN e na consolidação da amamentação e das boas práticas do canguru na garantia do desenvolvimento e crescimento saudável do recém-nascido a fim contribuir para a redução da morbimortalidade infantil do Brasil.

Nessa perspectiva de orientação das práticas cuidadoras e levando em conta as especificidades do cuidado ao recém-nascido, no que se refere à dependência de cuidados, há que se considerar que o cuidado ao neonato norteadado pelo princípio da integralidade deve ter centralidade nas suas necessidades, buscando-se contemplar suas diferentes dimensões e a inclusão da família, em especial a mãe.

Além disso, o estudo verificou que os binômios não receberam assistência

adequada das equipes de saúde da família. É importante ressaltar que a complexidade da continuidade na dinâmica da amamentação contínua e o uso da posição canguru após alta hospitalar na população de mães de prematuros é um problema de saúde pública, haja vista que a prematuridade é uma das principais causas da mortalidade infantil. No entanto, esse problema poderia ser minimizado a partir de posturas mais assertivas, como a continuidade da assistência após alta hospitalar pela Atenção Primária em Saúde, como preconizada na 3ª etapa do Método Canguru, uma vez que a assistência da equipe de saúde da família após alta hospitalar deve viabilizar a continuidade da assistência junto às mães de uma forma mais segura e eficaz.

Nesse contexto, conclui-se que o envolvimento das mães de prematuros, assistidos na UCINCa de uma maternidade de Fortaleza, foi imprescindível para a realização desse estudo, uma vez que ao serem verificados os índices da sua autoeficácia aos cuidados ao RN foi possível elaborar a intervenção educativa a partir das necessidades apresentadas pelas mães, além de refletir sobre os aspectos sociodemográficos, rede social, amamentação, posição canguru e vínculo materno para o desenvolvimento e crescimento saudável do RN como preconizado pelo Ministério da Saúde na estratégia Método Canguru, a fim de possibilitar o cuidado materno seguro ao seus filhos por meio da melhoria da assistência amparada pela educação em saúde por parte dos profissionais de saúde compromissados com a saúde do binômio mãe-bebê.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Essa pesquisa procurou avaliar a autoeficácia materna nos cuidados com os seus prematuros a partir do processo de aprendizagem proporcionada pela intervenção educativa. No entanto, cabe assinalar algumas limitações do estudo, como o fato de ter sido desenvolvido apenas com os binômios de uma mesma maternidade, restringindo o tamanho da amostra e a comparação com os dados de outros serviços por falta de tempo hábil para o desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, sugere-se a replicação da metodologia utilizada em populações maiores com a extensão da investigação em outras maternidades de Fortaleza, a fim de inferir melhores aspectos sobre a avaliação da autoeficácia materna nos cuidados aos recém-nascidos prematuros. Todavia, foi possível alcançar as características dos binômios de diferentes abrangências geográficas por esta pesquisa ter sido realizada em uma maternidade de referência no Estado do Ceará.

Vale ainda citar as dificuldades enfrentadas nas coletas de dados da terceira etapa, uma vez que foram feitas via telefone, demandando um maior número de tentativas por falhas na cobertura de telefonia nas localidades distantes da capital. Contudo, essa ferramenta demonstrou grande relevância, pois possibilitou o acompanhamento dos binômios, mesmo após alta hospitalar, que residem em diferentes regiões do Estado, e ainda permitiu a manutenção do número da amostra.

Embora, a investigação dos binômios na Atenção Primária à Saúde tenha sido realizada apenas em um único momento, no 15^a dia após alta hospitalar, os índices da autoeficácia materna evidenciaram um aumento após intervenção educativa, enfatiza a importância da aplicabilidade do instrumento para avaliação da autoeficácia materna percebida na condução dos planos de cuidados dos profissionais que prestam assistência perinatal, além de destacar o papel do enfermeiro como educador em saúde, a fim de proporcionar o desenvolvimento da habilidade materna em cuidar do seu filho prematuro e da autonomia do binômio.

Assim, recomenda-se ações mais intensas de educação em Saúde, no cuidado centrado na família do prematuro, fortalecendo a continuidade do cuidado aos recém-nascidos nos diversos níveis de atenção à saúde, desde o pré-natal, puerpério, antes da alta hospitalar e no retorno à Atenção Primária à Saúde dos binômios, uma vez que os programas educativos são essenciais na construção de uma assistência de qualidade, integral, criativa e participativa para o crescimento e desenvolvimento saudável desses prematuros.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo horizonte: edições do campo social, 2010.
- ALENCAR JUNIOR, C. A (org). **Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza: Maternidade Escola, MEAC/UFC, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia &saúde: fundamentos, métodos, aplicações**/Naomar de Almeida Filho, Mauricio Lima Barreto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALMEIDA, A. C. de *et al.* Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, June 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200013>.
- ANDRADE, I. S. No. de; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 5, n. 1, p. 61-69, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2016.
- ARAÚJO, C. L. de. *et al.* Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva** (Manguinhos), v.15 n.1, p.301-307, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> , Acesso em : 08 jun. 2016. <http://dx.doi.org/81232010000100035>.
- ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, ribeirão preto, v. 18, n. 2, p. 268, apr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692010000200018&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000200018>.
- BANDURA, A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2 p. 191-215, 1977.
- _____. A Self-Efficacy. *In: Ramachaudran, v.s. encyclopedia of human behavior*. new york: academic press. v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted in: friedman, h. (ed.). Encyclopedia of mental healt. San Diego: Academic Press, 1998.

_____. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, a.; AZZI, r. G.; POLYDORO, S. A. J. (org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARBOSA, P. G. **Mormas, crenças e atitudes sobre amamentar entre mães de prematuros do método canguru**. Tese(doutorado) –UFPE. Cfch. pós-graduação em psicologia cognitiva, 2015.

BARNES, C. R; ADAMSON-MACEDO, E. N. Perceived maternal parenting self-efficacy (PMPS-E) tool: development and valuation with mothers of hospitalized preterm neonates. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n.5, p. 550-60, 2007.

BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. dos. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. v.10, **Revista Espaço Acadêmico**, n. 112, set. 2010.

BARROS, M. A.; OLIVEIRA, J. A. de; SPYRIDES, M. H. C. Um estudo sobre autoeficácia no trabalho e características sociodemográficas de servidores de uma Universidade Federal. Artigo–gestão de pessoas nas organizações. **Rege**, 571, São Paulo–SP, Brasil, v. 19, n.4, p.571-588, out./dez. 2012.

BOLSAPATO, M. B.; MENDONÇA, L. F.; MARTINS, J. C. Humanização da assistência de enfermagem na admissão do recém-nascido. On-line <http://revista.univar.edu.br> Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**. v. 1, n.9, p. 124 – 130, 2013.

BRASIL. Portaria gm/ms nº. 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Diário oficial da união 2000; 6 jul.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidados com o Recém-Nascido Pré-Termo: Guia Para os Profissionais de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, v.4 Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília, 2011b. Disponível em: <[http //www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)> Acesso em 08 jun. 2016.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas e estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c – (série a. Normas e manuais técnicas).

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 4 v. : il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013. **Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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 /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

CABRAL, I. E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no rio de janeiro: a necessidade de educação em saúde e intervenção de enfermagem no domicílio / the practice of breastfeeding after the kangaroo mother care in rio de janeiro: the need for health education and nursing intervention in the home. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. v.13, n.4, p. 763 - 771, 2009.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. **Autocuidado apoiado manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria municipal de Saúde, 2012.

<<ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/AutocuidadoApoiado.pdf>>

Acesso em: 15 de jul. 2016

CHAVES, A. F. L. **Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar** / Anne Fayma Lopes Chaves. – 2012. 100 f.: il. color, enc. ; 30 cm. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2012.

CHAVES, A. C. de M. **A autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar** / Andréa Cristina de Moraes Chaves – Curitiba, PR, 2014. 97f.: il.(algumas color.); 30 cm. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

CHIOLDI L. C.; AREDES, N. D. A; SCOCHI, C. G. S; FONSECA, L. M. M. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**; v. 25, n. 6, p. 969-74, 2012.

CHIZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CORBI, I. S. A. **Efeitos de um programa educativo na qualidade de vida relacionada à saúde e na adesão à terapia de anticoagulação oral**: estudo clínico randomizado. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22052014-163837/>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

COUTO, C. S. do *et al*. Espectros de mães de prematuros acerca de círculo de cultura educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 48, p. 3-8, dec. 2014. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103097/101415>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa-métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed.

Porto Alegre: Artmed, 2010.

CZECHOWSKI, A.E; FUJINAGA, C.I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 15, n. 4, p. 572-7, 2010.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação** / Regina Cláudia Melo Dodt, 2011.

_____. *et al.* Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n.3, p. 610-618, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2016.

_____. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Revista latino-americana de enfermagem**. v. 23, n. 4, p. 725-732, 2015. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400725&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2016.

FERECINI, G. M. *et al.* **Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031002009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul 2015.

FERRAZ, T. da R.; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

FLECK, A.; PICCININI, C.A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 14-30, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2016.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Aprendizagem participativa de mães e familiares sobre a saúde do recém-nascido: relato de experiência. **Rev Cult Ext USP**. v. 6, n.2, p.91-7, 2011a.

_____. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. v. 15, n. 1, p.190-196, 2011b. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURUYA, R. K. **Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea**: ensaio clínico controlado e aleatorizado. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-08012014-150116/>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. de F.. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935-944, may 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102311x2012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2015. [Http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000500012](http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000500012).

GRAY, D.E. **Pesquisa no Mundo Real**.2.ed.Porto Alegre, 2012.

GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, Feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>.

GUIMARÃES, A. A. S *et al.* Fatores que levam ao abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de vida: uma revisão de literatura. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires - ano 18, n. 181, jun. 2013. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd181/abandono-do-aleitamento-materno-exclusivo.htm>. Acesso em: 19 jun. 2016.

GUIMARÃES, C. M. de S. **Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de Ribeirão Preto/SP**. Ribeirão Preto, 2015. 108p.: il.; 30 cm Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

HIODI, L. C. *et al.* Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-21002012000600022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul 2015.

KU, C-M.; CHOW, S.K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J. clin. nurs.**, Oxford, v.19, p.2434– 2445, 2010.

LACERDA, C.N.; SANTOS, S. M. J. Aleitamento materno exclusivo: O conhecimento das mães. **Rebes Revista Brasileira De Educação E Saúde**, 2013.

LAMY, Z.C. *et al.* Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev Pesq Saúde**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2011.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. 802-810, 2011.

LIN CH; K. *et al.* Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. **JClin Nurs**. v.17, n. 21, p. 2838-45, 2008.

MACIEL, I. V. L.; ALMEIDA C. S; BRAGA, P. P. O aleitamento no contexto da prematuridade: o discurso materno. **Rev. Enferm UFPE**, Recife. v. 8, n. 5, p. 1178-84, maio, 2014.

MAIA, C.R.S. (2010). **Desmame em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar**. Tese em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MANNION, C. A. *et al.* Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. **Int. breastfeed. j.**, London, v.8, n.4, 2013. Mannion *et al.* International Breastfeeding Journal 2013, 8:4 Disponível em: < <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/4>> Acesso em: 03 jun 2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARGOTTI, E. (2013). **Fatores associados ao desmame precoce**: percepção de auto eficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal. Tese da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança.

MARTINS, E. L. *et al.* Oferta de aleitamento materno para recém-nascidos de baixo peso após a alta hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 2, jun. 2013. ISSN 2176-9133.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29609/20683>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MARTINS, J. de J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010407072007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2015. .

MEDEIROS, L. dos S.; COSTA, A. C. M. da. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene.** v. 17, n.1, p. 112-9, 2016.

MEDEIROS, S. M. **Formas de conhecimento em saúde: confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde.** 1995. Dissertação (Mestrado) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1995.

MELO, R. de C. de J.; SOUZA, I. E. de O.; PAULA, C. C. de. 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 **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 219-226, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-81452012000200002&lng=pt &nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, J. C. dos S.; SPANO NAKANO, A. M. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín , v. 29, n. 2, p. 315-321, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2016.

NESBITT, S. A. *et al.* Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **Bmc pregnancy childbirth**, London, v.12, p.14, Dec. 2012.

NIETSCHKE, E. A. *et al.* Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 809-816, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400024>

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 76-84, out./dez. 2010a.

_____. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 37-43, abr./jun. 2010b.

OLIVEIRA, M. A. M. de et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-82, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2016.

ORÍÁ, M. O. B. **Breastfeeding Self-Efficacy Scale**: aplicação em gestantes. Fortaleza, 2008.

ORÍÁ, M. O. B.; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 230-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/13.pdf> Acesso em: 08 jun. 2016

OTSUKA, K. et al. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? **Matern Child Health J**. v. 18, n. 1, p. 296-306, 2014.

PACHECO, S., et al. Percepções do enfermeiro: manuseio do copo pelas mães na alimentação do recém-nascido em unidade neonatal [Perceptions of nurses: the use of cup by mothers in feeding their newborns in the neonatal unit]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22 n. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/13785>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

PELEGRINO, F. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral**. 2013. 101f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

_____. et al. Educational protocol for patients on oral anticoagulant therapy: construction and validation. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 799-806, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300799&lng=en&nrm=iso>. access on 29 July 2015.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002011000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500005>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7th ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 406-26. Programáticas e Estratégicas. – Brasília, 2011

PREDEBON, K. M.; MATHIAS, T. A. F. **Desigualdades nos indicadores de saúde da mãe e do recém-nascido, no Estado do Paraná**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 33, n. 2, p. 139-145, 2011.

QUEIROZ, P. P. de. **Ações educativas em saúde na promoção da amamentação**
Orientador: Cleide Maria Pontes Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Enfermagem, 2011.

RAMOS, L. C. de. **Aleitamento materno: efeito de intervenção educativa com equipe de enfermagem na orientação à nutriz** [manuscrito], 2014.

REBECCHI, A. **Grupos de apoio ao aleitamento materno no Facebook: informação e possibilidade de emancipação materna**. São Paulo, 2015.

RIBEIRO, C. D *et al.* Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**. jan-fev; v. 15, n. 1, p. 3-11, 2014. [3http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1395/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1395/pdf)

SCOCHI, G. S. *et al.* A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. n. 23, 2015, maio/jun. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442223017>> ISSN Acesso em: 22 jun. 2016.

SILVA, C. M. S. *et al.* Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2015; 39(3): 279-286. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155571/A02.pdf Feelings experienced by postpartum women in achieving the first bath of the newborn in rooming. Acesso em: 07 jun. 2016.

SILVA, J. M. Q. **Significado para mães sobre a vivência no método canguru**. 2014. 81 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.

SOARES, L. S. *et al.* Aplicação da escala reduzida de auto-eficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Enferm. Foco** 2013; 4(3,4) 150 – 152 Disponível

em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/537/220>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SOUSA, F. G.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente na atenção básica de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

SOUZA, G. A. de; MONTEIRO DA SILVA, A. M.; GALVÃO, R. A autoeficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesquisa odontol. bras**, v. 16, n. 1, p. 57-62, jan./mar. 2002.

SPEHAR, M. C. **Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia**. 2013. XII, 114 f., il. Dissertação (Mestrado em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000400007&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. Influência das avós na prática do aleitamento Materno. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 205-221, 2011.

TOMA, T. S. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 2012. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000300006&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016.

TRISTÃO, R. M. *et al.* Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in Brazilian sample. **Journal of Human Growth and Development**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 277-286, oct. 2015. ISSN 2175-3598. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/96759>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

UCHOA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. / Janaiana Lemos Uchoa. – 2012. 110f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.

VIEIRA, V. C. L *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 119-125, 2012.

**APÊNDICE A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIODEMOGRÁFICOS,
GRAVIDEZ E PUERPÉRIO ATUAL, POSIÇÃO CANGURU E ALEITAMENTO
MATERNO**

1ª etapa: Instrumento de Coleta de Dados a ser realizada na Unidade Canguru

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa
(mariellerf@hotmail.com) **Data da coleta:** ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO
<p>01. DN (RN):</p> <p>02. Data de admissão na UCINCa:</p> <p>03. Data da alta hospitalar:</p> <p>04. Id gestacional ao nascer: 1. Recém-nascidos pré-termo tardio (RNPTT), que são aqueles nascidos com IG entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias 2 RNPT, especialmente com IG ≤ 34 semanas</p> <p>05. Peso ao nascer: 1. Extremo risco aqueles que nasceram com menos de 1.000 g e/ou IG menor do que 32 semanas. 2. Maior risco todos os recém-nascidos com PN abaixo de 1.500 g. 3. PN dos RN a partir de 1500g</p> <p>06. Peso atual:</p>
DADOS MATERNOS: SOCIODEMOGRÁFICOS
<p>07. Nome da Mãe (Iniciais):</p> <p>08. Endereço: 1. Capital e regiões metropolitanas 2. Interior do Estado</p> <p>9. Telefone (Operadora - Pelo menos 02 números para contato):</p> <p>10. Idade: 1. Menor ou igual a 18anos 2. 19 a 32anos 3. Mais de 32 anos</p> <p>11. Escolaridade (será convertida em anos de estudo): 1. 1ºgrau incompleto, até ____ série 2. 1ºgrau completo 3. 2ºgrau incompleto, até ____ série. 4. 2ºgrau completo 5. Graduação incompleta 6. Graduação completa 7. Pós-Graduação 8. Nunca estudou</p> <p>12. Estado civil: 1. Casada/União consensual 2. Solteira 3. Divorciada 4. Viúva</p> <p>13. Profissão: 1. Do lar 2. Estudante 3. Trabalhadora 4. Desempregada</p>

14. Quantas pessoas moram na residência? 1. Até 3 pessoas 2. De 4 a 6 pessoas 3. Mais de 6 pessoas

15. Renda mensal: 1. Um salário 2. Dois salários 3. Três salários 4. Quatro salários ou mais

GRAVIDEZ E PUERPÉRIO ATUAL

16. Antecedentes pessoais: 1. HAS 2. DM. 3. Cardiopata 4. HAS e DM 5. Outros

17. Medicações em uso: 1. Sim 2. Não. Se sim, especificar:

18. Hábitos: 1. Tabagismo 2. Etilismo 3. Drogas Ilícitas 4. Tabagismo e etilismo.

Dados obstétricos:

19. Gesta: **20. Para:** **21. Aborto:** **22. Partos prematuros:** Sim Não

23. Planejamento familiar: 1. Sim 2. Não

24. Pré-Natal/Local: **24.1. Sim.** UAPS **24.2. Sim.** Maternidade **24.3. Sim.** UPAS e Maternidade

25. Quantas consultas: 1. Menos de 6 consultas 2. 6 ou mais consultas

26. Visita domiciliar / Profissional: **24.1. Sim.** Enfermeiro(a) **24.2. Sim.** Médico(a) **24.3.**

Sim. ACS **24.4. Sim** Enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS **24.5. Sim.** Equipe

24.6. Sim. Outros **24.7. Não**

27. Complicações:

1. Descolamento Prematuro de Placenta 2. Pré-eclâmpsia 3. Diabetes Gestacional 4. Placenta Prévia 5. Ameaça de Aborto 6. Polidrâmnio 7. Trabalho de parto prematuro 8. Catapora 9.

Outros:

28. Calendário Vacinal 1. Completo 2. Incompleto

29. Você recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal/Profissional?

29.1. Sim. Enfermeiro(a) **29.2. Sim.** Médico(a) **29.3. Sim.** ACS **29.4. Sim** Enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS **29.5. Sim.** Equipe **29.6. Sim.** Outros **29.7. Não**

30. Você recebeu orientações sobre amamentação após o nascimento do bebê/Profissional?

30.1. Sim. Enfermeiro (a) **30.2. Sim.** Médico(a) **30.3. Sim.** ACS **30.4. Sim** Enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS **30.5. Sim.** Equipe **30.6. Sim.** Outros **30.7. Não**

POSIÇÃO CANGURU

Gestação Anterior

31. Você usou a posição canguru com algum filho anterior a esse? 1. Sim. 2. Não.

32. Quanto tempo usou a posição canguru (horas ao dia)? 1. Até 2h 2. Entre 3 e 5h 3. Mais de 5h

33. Qual foi o principal motivo para usar a posição canguru nos seus filhos?

1. Desejo de usar a posição 2. Apoio do companheiro, mãe e outros familiares
3. Apoio dos profissionais de saúde 4. Boa experiência anterior 5. Preocupação com sua saúde do seu filho(a) 6. Outros:

34. Gostou da posição canguru? 1. Sim 2. Não

35. Qual foi o principal motivo que levou você a NÃO vivenciar a posição canguru com seus filhos?

1. Não desejava a posição canguru 2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Falta de apoio dos profissionais de saúde 4. Ruim experiência anteriores 5. Relacionados ao trabalho 6. Desconforto ou dor 7. Não conhecia 8. Não se aplica

Gestação atual:

36. Você está usando a posição canguru com seu filho? 1. Sim 2. Não

37. Quanto tempo usa a posição canguru (horas ao dia)? 1. Até 2h 2. Entre 3 e 5h 3. Mais de 5h

38. Qual foi o principal motivo para usar a posição canguru nos seus filhos?

1. Desejo de usar a posição 2. Apoio do companheiro, mãe e outros familiares
3. Apoio dos profissionais de saúde 4. Boa experiência anterior 5. Preocupação com sua saúde do seu filho(a) 6. Outros:

39. Gostou da posição canguru? 1. Sim 2. Não

40. Qual foi o principal motivo que levou você a NÃO vivenciar a posição canguru com seus filhos?

1. Não desejava a posição canguru 2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Falta de apoio dos profissionais de saúde 4. Ruim experiência anteriores 5. Relacionados ao trabalho 6. Desconforto ou dor 7. Outros

ALEITAMENTO MATERNO (AM)**Gestação Anterior**

41. Você amamentou algum filho anterior a esse? 1. Sim 2. Não.

42. Amamentou algum dos filhos exclusivamente? 1. Sim 2. Não.

43. Quais foram os principais motivos para amamentar seus filhos?

1. Desejo de amamentar 2. Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Apoio dos profissionais de saúde 4. Boa experiência anterior no AM 5. Preocupação com sua saúde do seu filho(a) 6. Outros:

44. Gostou de amamentar? 1. Sim 2. Não.

45. Quais foram os principais motivos que levaram você a NÃO amamentar seus filhos?

1. Não desejava amamentar 2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Falta de apoio dos profissionais de saúde 4. Ruim experiência anteriores no AM 5. Relacionados ao trabalho 6. Desconforto ou dor 7. Ingurgitamento fissura ou mastite 8. Estética 9. Não se aplica 10. Baixa produção

Gestação atual:

46. Você está amamentando seu filho? 1. Sim 2. Não.

47. Amamentando exclusivamente? 1. Sim 2. Não.

48. Quais foram os principais motivos para amamentar seu filho?

1. Desejo de amamentar 2. Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Apoio dos profissionais de saúde 4. Boa experiência anterior no AM 5. Preocupação com sua saúde do seu filho(a) 6. Outros:

49. Gosta de amamentar? 1. Sim 2. Não

50. Quais foram os principais motivos que levaram você a NÃO amamentar seu filho?

1. Não desejava amamentar 2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Falta de apoio dos profissionais de saúde 4. Ruim experiência anteriores no AM 5. Relacionados ao trabalho 6. Desconforto ou dor 7. Ingurgitamento fissura ou mastite 8. Estética 9. Outros:

APÊNDICE B – DADOS DA POSIÇÃO CANGURU E ALEITAMENTO MATERNO 2ª

etapa: Instrumento de Coleta de Dados a ser realizada no 15º dia após alta-hospitalar

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa

(mariellerf@hotmail.com) **Data da coleta:** ____/____/____

POSIÇÃO CANGURU
<p>50. Você está usando a posição canguru com seu filho? 1. Sim 2. Não.</p> <p>52. Quanto tempo usou a posição canguru? (Horas ao dia) 1 Menos de 1h 2 1h 3 Entre 1 e 2h 4 Entre 2 e 4h 5 Entre 5h ou mais</p> <p>53. Quais foram os principais motivos para usar a posição canguru nos seu filho? 1 Desejo de usar a posição 2 Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3 Apoio dos profissionais de saúde 4 Boa experiência anterior 6 Preocupação com sua saúde do seu filho (a) 7 Outros:</p> <p>54. Gosta da posição canguru? 1. Sim 2. Não</p> <p>55. Quais foram os principais motivos que levaram você a NÃO vivenciar a posição canguru com seu filho? 1. Não desejava a posição canguru 2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3. Falta de apoio dos profissionais de saúde 4. Ruim experiência anteriores 5. Relacionados ao trabalho 6. Desconforto ou dor 7. Outros:</p>
ALEITAMENTO MATERNO (AM)
<p>56. Você está amamentando seu filho? 1. Sim 2. Não</p> <p>57. Amamentando exclusivamente? 1. Sim 2. Não</p> <p>58. Quais foram os principais motivos para amamentar seu filho? 1 Desejo de amamentar 2 Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 3 Apoio dos profissionais de saúde 4 Boa experiência anterior no AM 6 Preocupação com sua saúde do seu filho (a) 7 Outros:</p>

59. Gosta de amamentar? 1. Sim 2. Não

60. Quais foram os principais motivos que levaram você a NÃO amamentar seu filho?

1. Não desejava amamentar
2. Falta de apoio do companheiro, mãe e outros familiares
3. Falta de apoio dos profissionais de saúde
4. Ruim experiência anteriores no AM
5. Relacionados ao trabalho
6. Desconforto ou dor
7. Ingurgitamento, fissura ou mastite
8. Estética
9. Outros:

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

61. Realizou consultas ao recém-nascido após a alta hospitalar?

1. Sim **Local/ quantidade:** 1. UAPS: _____ 2. Maternidade
2. Não Motivo: _____

62. Recebeu visita domiciliar da ESF:

1. Sim. **Quais profissionais?**
2. Não

63. Quantas visitas domiciliares: 1. 1 VD 2. De 2 a 3 VD 3. Mais 4 VD

64. Você recebeu orientações nos cuidados ao recém-nascido?

1. Sim. Especificar quais: _____ Especificar por quem?
2. Não

65. Você recebeu orientações sobre aleitamento materno?

1. Sim. Por quem?
2. Não

66. Você recebeu orientações sobre posição canguru?

1. Sim. Por quem?
2. Não

67. Teve dificuldades nos cuidados ao recém-nascido no domicílio?

1. Sim. Quais as dificuldades? _____
2. Não

68. Solicitou ajuda nos cuidados ao recém-nascido?

1. Sim. 1. Apoio do companheiro, mãe e outros familiares 2. Apoio dos profissionais de saúde
2. Não

APÊNDICE C – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Programa de Pós-Graduação
 Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa (mariellerf@hotmail.com)

Data da intervenção educativa: ____/____/____

PROGRAMA CANGURU: EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS BINÔMIOS

ESTRUTURA DAS OFICINAS

As atividades foram desenvolvidas na enfermaria e área de convivência da UCINCa. As oficinas foram realizadas duas a três vezes por semana. Em cada reunião, o número de mães variava de três a cinco, num total de trinta sessões, de duas a três horas de duração no total, adequadas nos intervalos das dietas dos recém-nascidos. Algumas vezes, tivemos a presença dos seus familiares e ainda a participação de outros profissionais.

Foram conduzidas em oficinas usando uma variedade de métodos de ensino, incluindo jogos educativos, apresentação teórica, práticas clínicas, leitura, dramatizações, placas artesanais educativas, estratégia do repolho. Os temas abordados foram o manejo da amamentação, e da posição canguru, banho do recém-nascido, sinais de alerta, estes eram apresentados em sequência, conforme a necessidade revelada pelas mães.

Houve orientação prévia sobre os objetivos e dinâmica da oficina e, a seguir, atividades de descontração que proporcionassem interação e relaxamento para que após esse momento pudesse ser iniciada a abordagem teórica e prática dos devidos temas. Essas atividades foram desenvolvidas em local adequado na própria UCINCa (enfermaria ou área de convivência).

As oficinas foram conduzidas em sessões usando uma variedade de métodos de ensino, incluindo aulas, demonstrações, práticas clínicas, trabalho em grupos com discussão, leitura, dramatizações, jogos educativos, placas artesanais educativas, estratégia do repolho, álbum seriado.

As atividades foram conduzidas pela pesquisadora e por alunos regularmente

matriculados no Curso de Enfermagem/UFC e que fazem parte do Projeto Puericultura: ações de cuidado à criança nos diversos contextos da atenção primária, junto a todos os binômios internados no momento da atividade e ainda com a participação de membros da equipe multiprofissional que assiste a UCINCa.

Os temas e estratégias utilizadas foram escolhidos conforme a necessidade das mães. Entre as quais utilizamos técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação e reflexão, a fim de propiciar a formação de vínculo grupal, a autonomia, corresponsabilidade e a valorização da subjetividade.

As atividades foram realizadas em ciclos de temas e estratégias, conforme as admissões dos binômios, a fim de que todos pudessem participar. Dessa forma, teve-se o cuidado de sempre avaliar a dinâmica a ser adotada em cada oficina com relação à forma e ao assunto desenvolvido, de acordo com as altas e admissões dos binômios.

PÚBLICO ALVO:

As oficinas foram direcionadas às mães e familiares envolvidos na assistência aos recém-nascidos de baixo peso, conforme a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2012, 2013).

OBJETIVOS

A intervenção educativa teve por objetivo oferecer as mães e seus familiares o desenvolvimento da segurança para com os cuidados básicos do seu recém-nascido. Buscou-se ainda estimular a autoaprendizagem, desenvolvimento da iniciativa, de atitudes, interesses, valores e hábitos educativos.

TEMAS

Amamentação do RN (cuidados com a mama, posicionamento para as mamadas);
 Manejo Canguru (importância dos cuidados pele a pele, “mamanhêz”, colos posturais);
 Banho; Banho de balde; Limpeza do nariz, ouvidos e olhos; Cuidados com o coto umbilical, troca de fraldas;
 Capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações, infecção, choro e diminuição de movimentação);
 Vacinação e a necessidade de acompanhamento ambulatorial posterior a alta

hospitalar;
METODOLOGIA
<p>As oficinas foram divididas em 4 etapas:</p> <p>1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com dinâmicas de integração e sensibilização; DURAÇÃO: 20min</p> <p>2ª etapa: Aulas expositivas com estratégias educativas; DURAÇÃO: 50min</p> <p>3ª etapa: Prática clínica DURAÇÃO: 30min</p> <p>4ª etapa: Avaliação, relatos de experiências, sugestões DURAÇÃO: 20min</p> <p>Foram utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação de seus participantes com os temas abordados. Por meio da educação em saúde, com ilustrações para que o conhecimento fosse adquirido de forma coletiva e individualizada.</p>
AULAS EXPOSITIVAS
<p>Em grupos de discussões, as aulas expositivas foram feitas a partir de apresentação em slides, álbuns-seriado, Cine Materna, jogos educativos, placas artesanais educativas, técnica do repolho.</p>
PRÁTICA CLÍNICA
<p>Principal parte de cada sessão clínica prática foi realizada por meio de sessões para a observação e treino das habilidades de manejo com o RN conduzidas em pequenos grupos acompanhadas em seus progressos e apoiadas nas dificuldades sempre que necessário.</p>
RECURSOS DIDÁTICOS
<p>Vídeos, banner, folder, álbum seriado, data show, caderneta da saúde da criança, manuais, bonecos, entre outros. (AFONSO, 2010; BRASIL, 2013a, 2012b, 2011; DODT, 2011; HIODI, 2012).</p>

Jogos Educativos:

- a) Jogo da memória: as mães deveriam relacionar as imagens as informações de cada assunto abordado, como: posição canguru, sinais de fome; aleitamento materno.

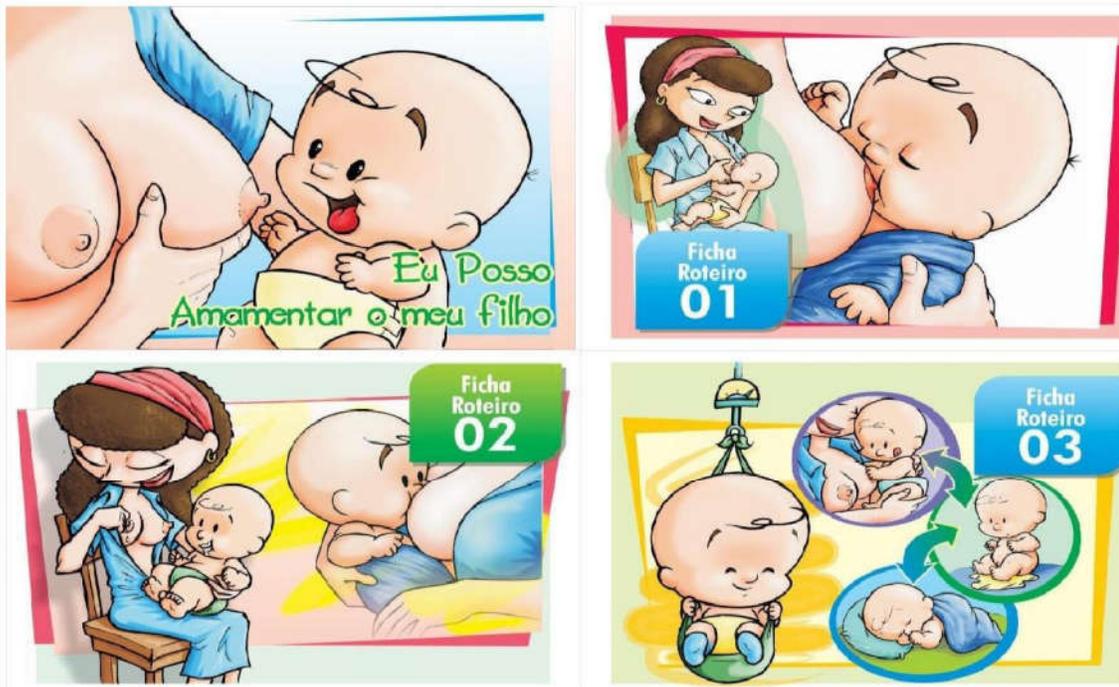


Fonte: Elaborada pelos pesquisadores. (Projeto Puericultura/UFC)

- b) Fala Sério – Com certeza: Placas artesanais de isopor as quais as mães poderiam julgar se as informações a elas apresentadas eram falsas (fala-sério) ou verdadeiras (com certeza);



Fonte: Elaborada pelos pesquisadores. (Projeto Puericultura/UFC)

c) Álbum- Seriado 1: Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho**

Fonte: DODT, Regina Cláudia Melo, 2011.

d) Álbum-Seriado 2: Família Canguru: Guia de Orientações



Fonte: www.metodomaecanguru.org.br

e) Placas educativas sobre a importância do Aleitamento Materno



Fonte: Elaborado pelo Banco de Leite Humano-MEAC

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa
(mariellerf@hotmail.com) **Data da coleta:** ____/____/____

Local da coleta de dados: Unidade de Cuidados Intermediários neonatais Canguru-Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC),

Prezada Senhora: Você está sendo convidada a participar junto ao seu recém-nascido deste estudo de forma voluntária. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: - Analisar como as mães se sentem ao cuidarem dos seus bebês quando voltam para casa depois de receberem alta da Unidade Canguru (maternidade). Iremos realizar atividades educativas na Unidade Canguru sobre os cuidados do recém-nascido em casa;

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, será convidada a participar das oficinas educativas, e após 15 dias após a alta hospitalar faremos um contato telefônico para que você possa responder sobre dados como posição canguru, amamentação.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a sensação das mães na continuidade dos cuidados do seu bebê no domicílio, estimule os profissionais de saúde a melhorar a assistência ao seu recém-nascido após alta hospitalar, e apoiá-las no aleitamento exclusivo dos seus filhos. Ainda, a mãe se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que serão estudados posteriormente para melhoria da assistência às mães e aos bebês internados na maternidade.

As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor você a riscos como cansaço e

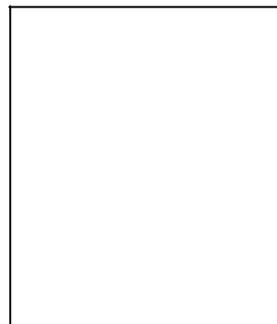
desconforto do pós-parto e por lembrar situações do seu recém-nascido prematuro que podem mobilizar seus sentimentos.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e sua identidade ficará protegida. Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Marielle Ribeiro Feitosa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo entregue a senhora em **duas vias** para que possa ser assinada por você (participante) e pela pesquisador(a), ficando uma com cada parte.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza-CE _____, de _____ de 201__.



Assinatura da puérpera

Assinatura digital

Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa

Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC):
Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo - 60430-270- Telefone: (85) 3366-
8569 Fax: (85) 3366-8528/ Fortaleza - Ceará.

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS PAIS / RESPONSÁVEIS (T.C.L.E.)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa
(mariellerf@hotmail.com) **Data da coleta:** ____/____/____

Local da coleta de dados: Unidade de Cuidados Intermediários neonatais Canguru-Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Prezada Senhora: Sua filha está sendo convidada a participar junto ao seu recém-nascido deste estudo de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: - Analisar como as mães se sentem ao cuidarem dos seus bebês quando voltam para casa depois de receberem alta da Unidade Canguru (maternidade). Iremos realizar atividades educativas na Unidade Canguru sobre os cuidados do recém-nascido em casa;

Procedimentos. A participação da sua filha nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, será convidada a participar das oficinas educativas, e após 15 dias após a alta hospitalar faremos um contato telefônico para que ela possa responder sobre dados como posição canguru, amamentação.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a sensação das mães na continuidade dos cuidados do seu bebê no domicílio, estimule os profissionais de saúde a melhorar a assistência ao seu recém-nascido após alta hospitalar, e apoiá-las no aleitamento exclusivo dos seus filhos. Ainda, a mãe se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que serão estudados posteriormente para melhoria da assistência às mães e aos bebês internados na maternidade.

As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor sua filha a riscos como cansaço e desconforto pós-parto e por relembrar situações do recém-nascido prematuro que podem mobilizar seus sentimentos.

Sigilo. As informações fornecidas por sua filha terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e suas identidades ficarão protegidas. Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Marielle Ribeiro Feitosa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo entregue a senhora em **duas vias** para que possa ser assinada por você (responsável pelo participante) e pela pesquisador(a), ficando uma com cada parte.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo e autorizo a participação da minha filha como voluntária da pesquisa.

Fortaleza-CE _____, de _____ de 201__.



Assinatura do responsável da puérpera

Assinatura digital

Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa

Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC):
Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo - 60430-270- Telefone: (85) 3366-8569 Fax: (85) 3366-8528/ Fortaleza - Ceará.

APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES (T.A.)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa
(mariellerf@hotmail.com) **Data da coleta:** ____/____/____

Local da coleta de dados: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru-Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Prezada, adolescente, convidamos você a participar junto ao seu recém-nascido deste estudo de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Objetivos do estudo: - Analisar como as mães se sentem ao cuidarem dos seus bebês quando voltam para casa depois de receberem alta da Unidade Canguru (maternidade). Iremos realizar atividades educativas na Unidade Canguru sobre os cuidados do recém-nascido em casa;

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, será convidada a participar das oficinas educativas, e após 15 dias após a alta hospitalar faremos um contato telefônico para que você possa responder sobre dados como posição canguru, amamentação.

Benefícios. Os benefícios da pesquisa serão indiretos, pois permitirá que, ao identificar a sensação das mães na continuidade dos cuidados do seu bebê no domicílio, estimule os profissionais de saúde a melhorar a assistência ao seu recém-nascido após alta hospitalar, e apoiá-las no aleitamento exclusivo dos seus filhos. Ainda, a mãe se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que serão estudados posteriormente para melhoria da assistência às mães e aos bebês internados na maternidade.

As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder a escala e o formulário poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto pós-parto e por relembrar situações do seu recém-nascido prematuro que podem mobilizar seus sentimentos.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e sua identidade ficará protegida. Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a mestranda Marielle Ribeiro Feitosa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo entregue a você em **duas vias** para que possa ser assinada por você (participante) e pelo pesquisador(a), ficando uma com cada parte.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza-CE _____, de _____ de 201__.



Assinatura da adolescente

Assinatura digital

Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa

Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC):
Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo - 60430-270- Telefone: (85) 3366-8569 Fax: (85) 3366-8528/ Fortaleza - Ceará.

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PERCEBIDA

(Tradução da escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy - PMP S-E)

1ª etapa: Instrumento de Coleta de Dados a ser realizada na Unidade Canguru

2ª etapa: Instrumento de Coleta de Dados a ser realizada no 15º dia após alta-hospitalar

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF)

Pesquisa: Autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da unidade canguru.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Marielle Ribeiro Feitosa (mariellerf@hotmail.com)

Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida (Tradução da escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy - PMP S-E)

Algumas situações que envolvem mães de recém-nascidos são descritas a seguir. Por favor, responda as questões abaixo de acordo com o que você acredita que consegue fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela.

Se, na sua avaliação, você discordar totalmente da afirmativa a que se refere o item, assinale o número 1.

Se concordar totalmente, assinale o número 4. Se sua avaliação for diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme a escala abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Assinale o número que mais se aproxima do que você considera que expressa à realidade. Obrigada por sua participação!

1. Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.

1	2
Discordo	Concordo

2. Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.

1	2
Discordo	Concordo

ANEXO B – PB_PARECER DE APROVAÇÃO_CONSUBSTANCIADO_CEP_1173479

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO RECÉM NASCIDO EGRESSO DA UNIDADE CANGURU

Pesquisador: MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47539015.7.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.311.767

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de intervenção, dentro de uma abordagem predominantemente quantitativa. Realizada com mães de recém-nascidos internados na Unidade Canguru da MEAC. Para coleta de dados, serão utilizados instrumentos que possam mensurar a autoeficácia das mães na 2ª etapa do Método Canguru e no 15º após a alta hospitalar no retorno a Atenção Primária com o intuito de assegurar a objetividade e credibilidade dos achados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a autoeficácia materna para o seguimento na atenção primária do recém-nascido egresso da Unidade Canguru de uma maternidade de Fortaleza, após intervenção educativa.

Objetivo Secundário:

- Realizar atividade educativa acerca dos cuidados do recém-nascido para a alta domiciliar;
- Analisar as médias dos escores da Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) segundo as variáveis sociodemográficas das mães e atributos da atenção primária de saúde (integralidade do cuidado e acesso ao serviço);
- Comparar as médias dos escores da PMP S-E obtidas pelas mães nos períodos: 2ª fase do Método Canguru/antes da atividade educativa e 15º dias após a intervenção educativa.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.311.767

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

expor ao cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações do seu recém-nascido prematuro que podem mobilizar seus sentimentos.

Benefícios:

pode desencadear reflexões aos profissionais de saúde para promoção dos cuidados ao recém-nascido após alta hospitalar, e apoio às mães para o aleitamento exclusivo dos seus filhos. A mãe se beneficiará diretamente pela oportunidade de também refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões no processo assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo fornecerá suporte teórico e prático na atenção primária em saúde como meio veiculador a educação em saúde, proporcionando a qualidade na assistência em saúde ao binômio. Essa pesquisa e intervenção educativa será considerada como instrumento motivador de melhoria da assistência em saúde aos prematuros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios adequados

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado o parecer do relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

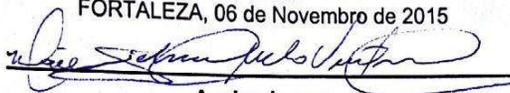
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_604620E1.pdf	18/10/2015 20:03:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_editado.doc	18/10/2015 19:54:04	MARIELLE RIBEIRO FEITOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	NOVO_Projeto_CAPAeCORPO.doc	19/08/2015 15:42:16	MARIELLE RIBEIRO FEITOSA	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.311.767

FORTALEZA, 06 de Novembro de 2015



Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br