



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ÊMILE COSTA BARROS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE BINÔMIOS ASSISTIDOS POR UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE

FORTALEZA

2016

ÊMILE COSTA BARROS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE BINÔMIOS ASSISTIDOS POR UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Fabiane do Amaral Gubert.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B284 Barros, Êmile Costa.
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE BINÔMIOS ASSISTIDOS POR UMA MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE / Êmile Costa Barros. – 2016.
56 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Prematuro. 2. Método Canguru. 3. Autoeficácia. I. Título.

CDD 610.73

ÊMILE COSTA BARROS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE BINÔMIOS ASSISTIDOS POR UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Fabiane do Amaral Gubert.

Aprovada em: 13/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms. Lidiane Nogueira Rebouças
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms. Cícera Geórgia Félix de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus,
Minha maravilhosa mãe e meu pai.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar agradecendo a Deus, pois sem Ele não teria conseguido, por minhas próprias forças, ter passado no curso e ter consigo, finalmente, concluí-lo. Só Ele me deu a força, capacidade e habilidade para chegar até aqui.

Quero demonstrar meu mais sincero agradecimento a minha mãe Edna Maria, ela que desde o início esteve comigo, me ensinando, incentivando a estudar, a nunca desistir, me apoiando em todas as coisas boas que eu almejava, me dando suporte emocional para continuar, me segurando quando eu caía, me dando esperança nos tempos de desespero e principalmente me dando amor. Também quero agradecer meu pai, Eufrasio Saraiva que por todo esse tempo me sustentou, me deu uma ótima educação, que sempre me motivou a querer ser mais, a dar o meu melhor, que sempre me ensinou através do exemplo que devemos ser bondosos e caridosos, sem esperar nada em troca.

À FUNCAP e a UFC pelo apoio financeiro na manutenção da bolsa de auxílio.

Meu muitíssimo obrigada a minha querida orientadora Fabiane Gubert que desde o início me deu a oportunidade de ser sua bolsista, me ensinou a caminhar nessa jornada de pesquisadora, me deu oportunidades de servir na comunidade, sempre salientando a importância de ajudarmos a melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo. Agradeço pela paciência que teve comigo, pelos ensinamentos compartilhados, pelas comemorações e vitórias vividas.

Meu sincero agradecimento ao meu noivo Lucas Felix, uma pessoa maravilhosa e incrível, que desde o dia que passei esteve comigo com sua enorme paciência sempre estava disposto a me escutar, acalmar, ajudar, acalantar, incentivar, e sempre estava ali também para comemorar nossas pequenas vitórias.

Aos meus amigos de curso que estiveram comigo nessa saborosa amarga caminhada pela graduação, Igor de Freitas, Sarah Rayssa, Ryvanne Paulino, Essyo Pedro, Mairton Rodrigues, Clarissa Costa, Mariana Diógenes, Amanda Rebouças e Gabrielle Amaral, muito obrigada por todas as vezes que me incentivaram, compartilharam seus conhecimentos, me ajudaram a continuar a realizar esse e outros sonhos, por todas as horas de desespero que fui apoiada por vocês.

Agradeço aos meus amigos Emanuelle Moura e Lauro Inácio que caminharam lado a lado, dia a dia nessa jornada, ajudando a carregar os meus fardos, tornando os dias mais leves e engraçados. Obrigada pelos ensinamentos, pelas comidas, pelo CRUTAC, pelos estágios,

por todos esses anos vividos com vocês. Sem vocês teria sido mais difícil, mais chato e complicado.

Quero agradecer também aos meus amigos de outros cursos, Vlândia Silveira, Ivna Magalhães, Giselle Barcelos, Juliana Fernandes e Inara Marinho que também me ajudaram emocionalmente a superar os desafios da graduação, e obrigada por compartilhar suas experiências e sua amizade comigo.

Agradeço também a Marielle Feitosa por ter trago esse lindo projeto para nossas vidas, por ter me dado a oportunidade de trabalhar efetivamente, e também pela confiança depositada em mim. Graças à esse projeto desenvolvi habilidades, vivi experiências marcantes e me tornei uma melhor profissional.

Ainda em tempo gostaria de agradecer a banca, Lidiane e Geórgia, por atenderem prontamente ao convite e por disponibilizarem seu tempo e talentos em prol da busca pela excelência do trabalho apresentado.

“Se amanhã o que eu sonhei não for bem aquilo que eu planejei, eu tiro um arco-íris da cartola. E refaço. Colo. Pinto e bordo. Porque a força de dentro é maior. Maior que todos os ventos contrários. É maior porque é do bem. E nisso, sim, acredito até o fim.”

Caio F. Abreu

RESUMO

Este estudo tem a finalidade de identificar a autoeficácia materna, de mães internadas em Alojamento Canguru, para o cuidado do recém-nascido, por meio da *Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP S-E), e verificar o perfil sociodemográfico das mães e características antropométricas recém-nascidos da unidade canguru. A metodologia utilizada é de um estudo transversal de abordagem quantitativa, instituição utilizada para coleta inicial dos dados foi uma maternidade escola de Fortaleza, população do estudo será composta pelas binômios assistidos pela Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. Foi aplicado um questionário semiestruturado com dados sociodemográficos das mães e foi utilizado o instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida. Obteve como alguns dos resultado que os itens que mais evidenciaram a baixa eficácia materna foram: 03- Eu percebo quando meu bebê está doente, 04 - Eu entendo os sinais do meu bebê, 11 - Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente, 17 – Eu sou boa em alimentar meu bebê e 19 - Eu sou boa em dar banho em meu bebê. Também observou-se que a maioria das participantes estava em idade fértil (58,1%), grande parte delas tinham procedência da capital ou da região metropolitana, tinham estudado até o ensino médio (62,8%) e moravam com o companheiro. Muitas dessas mães ou não tinham renda fixa ou eram do lar (53,5%). Quanto à renda mensal foi respondido pela maioria das puérperas que sobreviviam com um salário mínimo (48,8%). No que se refere ao lactente foi percebido a prevalência de recém-nascidos pré-termos com 34-36s de gestação (76,7%). Houve um maior predomínio de bebês com peso ao nascer maior ou igual a 1500g (62,8%) e com peso atual a partir de 1500g (90%). E conclui-se que o estudo mostra sua importância para o enfermeiro, para que ele conheça o perfil das mulheres assistidas para que saiba em quais pontos ele precisa fortalecer sua assistência.

Descritores: Prematuro. Método Canguru. Autoeficácia.

ABSTRACT

This study is intended to identify the maternal self-efficacy of hospitalized mothers to Kangaroo Housing, to the care of the newborn by the Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale (PMP SE), and to verify the sociodemographic profile of the mothers and characteristics anthropometric of newborns of the kangaroo unit. The methodology applied is a transversal study of a quantitative approach, the institution used for initial data collection was the maternity school in Fortaleza, the study population will be composed by the binomials assisted by the Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit, a survey was applied a single time - structured with sociodemographic data of the mothers. The instrument for the Evaluation of Perceived Maternal Self-Efficacy was used. It obtained as some of the result that the items that most evidenced the low maternal efficacy were: 03- I realize when my baby is ill, 04 - I understand my baby's signs , 11 - I am good at snuggling my baby when he Cries continuously, 17 - I am good at feeding my baby and 19 - I am good at bathing my baby. It was also observed that the majority of participants were of fertile age (58.1%), most of them from the capital or metropolitan region, had studied until high school (62.8%) and lived with their partners. Many of these mothers either had no fixed income or were home (53.5%). The monthly income was answered by the majority of the puerperal women who survived with a minimum wage (48.8%). As far as the infant was concerned, the prevalence of preterm infants with 34-36s gestation (76.7%) was perceived. There was a higher prevalence of babies with birth weight greater than or equal to 1500g (62.8%) and current weight from 1500g (90%). And it is concluded that the study shows its importance for the nurse, so that he knows the profile of the women assisted in order to know which points he needs to strengthen his assistance.

Descriptors: Premature. Kangaroo Method. Self-efficacy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das mães e lactentes atendidos na UCINCA, Fortaleza, set/2015 a fev/2016.....	30
Tabela 2 - Informações gestacionais, parto e pós parto das mães, Fortaleza, set/2015 a fev/2016.....	31
Tabela 3 - Informações sobre o uso do Método Canguru, Fortaleza, set/2015 a fev/2016.....	33
Tabela 4 - Aplicação da Escala <i>Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy</i> , Fortaleza, set/2015 – fev/2016.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

DNCr - Departamento Nacional da Criança

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia

IG – Idade gestacional

IHAC - Iniciativa Hospitais Amigos da Criança

MC – Método Canguru

MCC - Método Mãe Canguru

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAEPM - Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PMP S-E - Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy

RN- Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido pré-termo

SER - Secretarias Executivas Regionais

SUS - Sistema Único de Saúde

TPP - Trabalho de Parto Prematuro

UAPS - Unidade de Atenção Primária a Saúde

UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UFC - Universidade Federal do Ceará

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Políticas públicas no cuidado ao recém-nascido pré-maturo.....	19
3.2 Atuação do enfermeiro no cuidado a recém nascido pré-maturo.....	21
4. METODOLOGIA	24
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	34
7. CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE 01-QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	52
ANEXO 01-TRADUÇÃO DA ESCALA PERCEIVED MATERNAL PARENTING SELF-EFFICACY - PMP S-E.....	56

1. INTRODUÇÃO

É considerado prematuro ou pré-termo, o recém-nascido (RN) que nasce com menos de 37 semanas completas de gestação, e pode ser classificado em prematuridade moderada (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional), prematuridade acentuada (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema (inferior a 28 semanas de idade gestacional) (ALMEIDA, 2013).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2013) mostram que em 184 países pesquisados, a taxa de nascimentos prematuros é entre 5% e 18% dos recém-nascidos. Em países baixo nível socioeconômico cerca de 12% das crianças nascem prematuramente, enquanto em países de alta renda apenas 9% das crianças são prematuros (OMS, 2013). O Brasil e os Estados Unidos estão entre os dez países com os maiores números de partos prematuros. O Brasil aparece em décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano (BRASIL, 2012a).

Em 2014 dos 48.077 partos que ocorreram em Fortaleza 6.500 eram prematuros (SINASC, 2015). Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em Fortaleza 31-50% dos partos são espontâneos prévios. Outros fatores de incidência do Trabalho de Parto Prematuro (TPP) são: anemia materna, uso de cocaína, infecções, baixo peso materno, polidrâmnio, colo uterino menor que 35mm entre 24 e 28 semanas de gestação, tabagismo, mulheres menores de 18 anos, raça negra, estilo de vida estressante e com violência doméstica (MEAC). Tendo em vista os elevados índices de TPP, as complicações do RN no pós-parto e garantir uma recuperação significativa e alta precoce, foi desenvolvido o Método Mãe Canguru.

O Método Mãe Canguru trata-se de uma política de humanização hospitalar, criada na Colômbia em 1979, método que implica na colocação do RN diretamente no colo da mãe em contato pele a pele. Tem o intuito de aumentar o vínculo mãe-filho, estimular a amamentação, favorecer um melhor controle térmico, diminuir a permanência hospitalar e a infecção hospitalar, dar maior confiança aos pais em manusear seu filho de baixo peso, mesmo após a alta (ARIVABENE, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº. 693 de 5/7/2000 aprovou e adotou como política pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru - MMC), recomendando e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) (TORATI, 2011).

No entanto é importante resgatar alguns movimentos políticos e sociais que ocorreram na área de saúde da criança, como a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, onde o recém-nascido passou a integrar as políticas públicas, recebendo atendimento antes e após o parto, proporcionando condições adequadas ao aleitamento materno e possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (MULLER, 2011).

Sequencialmente, em 1991, a Política de Humanização no Parto foi definida, pela primeira vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. Esta proposta possibilitou o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os bebês de risco (MOREIRA *et al*, 2004).

Foi neste período que as políticas, iniciaram o esboço de ações que buscam contemplar o recém-nascido como sujeito do cuidado, na sua integralidade, considerando a sua individualidade e especificidade, ainda que, de forma incipiente. Neste contexto, a criança passou a ser o sujeito do cuidado e as políticas passam a se configurar em torno do eixo da humanização em saúde, onde em 1993, o MS tornou obrigatória a implantação do alojamento conjunto em todo território nacional; e, em 1994, lançou a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC), por meio de duas portarias: uma assegurando pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança, e a outra, estabelecendo critérios para o credenciamento dos Hospitais como Amigos da Criança (TORATI, 2011).

O enfermeiro atua ativamente no MC, incentivando as mães a realizarem o aleitamento, esclarecendo os benefícios, como realizar a ordenha; explicando a importância da posição canguru e auxiliando na posição. Com a cooperação da família o profissional é capaz de aumentar o vínculo, que estaria prejudicado devido à permanência do neonato na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O profissional de enfermagem tem participação fundamental na promoção da saúde desse RN, através das orientações ainda no ambiente hospitalar para estimular a autonomia da mãe e assim promover sua autoeficácia (CHIODI *et al*, 2012). Neste contexto, o recém-nascido necessita de cuidados maternos e profissionais, cabendo ao enfermeiro auxiliar a família com os cuidados ao RN (ARIVABENE, 2010). A autoeficácia é a crença e a percepção do indivíduo para realizar determinada atividade (BANDURA, 1998). Este pressuposto relacionado ao puerpério de um prematuro, por exemplo, pode levar a mãe a duvidar sobre sua capacidade de cuidar do filho e essa crença prejudicar na interação mãe-filho. Assim, a autoeficácia materna percebida é influenciada por experiências anteriores da mulher em cuidar de crianças, pelo compartilhamento de experiências com outras mães que

vivenciaram situação semelhante e pelo encorajamento de pessoas significativas e de profissionais de saúde, isto é, a influência do suporte social e de *feedbacks* positivos a respeito do desempenho materno (SPEHAR, 2013).

A autoeficácia é a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma dada ação ou comportamento, pois ela atua nas pessoas incentivando-as e desenvolvendo capacidades pra 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. (CHAVES, 2012).

Considerando a importância de identificar a autoeficácia para a promoção do cuidado da criança, Barnes e Adamson-Macedo (2007) elaboraram e validaram a escala, na Inglaterra, em domínio-específico *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* com o propósito de conhecer a autoeficácia das mães no cuidado dos neonatos prematuros e de baixo peso hospitalizados. A escala tem o objetivo de avaliar a autoeficácia por domínio-específico, o que significa analisar todas as tarefas que compõem um domínio particular de cuidados parentais, de forma a combinar avaliações de tarefa-específica em uma medida de autoeficácia dentro de um domínio amplo. Dessa forma, a escala propõe a avaliação de autoeficácia envolvendo cuidados parentais maternos, através 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 (BARNES, ADAMSON-MACEDO, 2007).

A validação da escala no Brasil foi feita por Tristão *et al* (2015), onde se realizou um estudo que foi composto por mães de 87 bebês recém-nascidos (mesma amostra utilizada no estudo original), sendo 26 bebês nascidos prematuros e 61 bebês nascidos a termo. A escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM), que é composta por 20 itens que representam quatro sub-escalas, foi testada para a confiabilidade e validade. A escala foi traduzida para o português pelos autores do estudo original e revisadas por outros autores que participaram do estudo (TRISTÃO, 2015).

A escala já foi utilizada no Brasil nos estudos de Spehar (2013) que tinha como objetivo avaliar aspectos psicossociais, estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia em relação aos cuidados das mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso do bebê, ao longo das três etapas do Método Canguru. As mães participaram de três entrevistas, referentes às etapa do Método Canguru; e da aplicação da escala. A escala contribuiu com a investigação sobre autoeficácia materna percebida, conceito que amplia a

perspectiva de competência materna e auxilia na identificação de mães com maior necessidade de orientação e suporte social e/ou técnico (SPEHAR, 2013).

Diante do exposto o estudo surge a partir da experiência das pesquisadoras na puericultura, com recém-nascidos pré-termos ou não, o que incentivou uma maior compreensão sobre os cuidados oferecidos aos recém nascidos da unidade canguru, considerando a autoeficácia materna; além de fortalecer os conhecimentos maternos acerca dos cuidados com o recém-nascido. Assim o uso da escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* contribuirá para o cuidado de enfermagem ao binômio mãe e filho na medida em que permite identificar as necessidades das mães. O cuidado de enfermagem ofertado desde o MMC, contribuirá efetivamente para as ações de puericultura, pois as estratégias de Promoção da Saúde durante a consulta, proporcionaram um acompanhamento mais adequado baseada nas necessidades das mães e seus bebês.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Pesquisar o perfil sociodemográfico das mães e características antropométricas recém-nascidos de uma Maternidade Escola de Fortaleza-CE;

2.2 Específicos

- Verificar o perfil sociodemográfico das mães e características antropométricas recém-nascidos da unidade em uso do Método Mãe Canguru;
- Apresentar os resultados obtidos da *Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP S-E) presente junto as mães internadas na Unidade do Método Mãe Canguru.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas públicas no cuidado ao recém-nascido pré-maturo

Entre 1930 e 1940, iniciaram-se no Brasil, os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram instituídas algumas ações de vigilância e educativas, envolvendo a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. Não obstante, as ações instituídas à saúde da criança apresentaram apenas o caráter curativo e individualizado, sendo desenvolvidas em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A primeira política de saúde infantil no Brasil era vinculada com a da mãe e surgiu no século XX, sendo limitadas as demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual marcou uma ruptura conceitual com os princípios existentes que norteavam a política de saúde das mulheres e infantil. Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (TORATI, 2011).

As ações básicas de saúde formuladas pelo PAISC visavam assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias, para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico era garantir o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças. As cinco ações básicas propostas pelo PAISC eram: a) o incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame; b) assistência e controle das infecções respiratórias agudas; c) imunização para controle das doenças preveníveis; d) controle das doenças diarreicas e e) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo como meio de visualização o Cartão da Criança (BRASIL, 2011a).

Em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora. Conforme vigência até os dias atuais, o ECA pretende assegurar à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento antes e após o parto, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno,

aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade, e também, a implantação de alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (COSTA, 2010).

Centrando esforços em direção aos princípios da humanização do atendimento materno-infantil, o MS lançou, em 1993, a portaria GM/MS n°.1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e do recém-nascido em todo território nacional, considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais (BRASIL, 1994).

Com o intuito de garantir o direito da criança à assistência humanizada e com o objetivo de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, em 1995, o MS lançou a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Uma das estratégias deste programa foi assegurar o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos Hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema único de Saúde (SUS) (ARAÚJO, 2014).

Esta iniciativa evoluiu para à criação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, que são: 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde. 2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política. 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos. 6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia. 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda. 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. 10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (BRASIL, 2011).

Em consideração ao grande número de nascimentos prematuros e nascimentos com baixo peso anualmente em todo mundo, o MS lançou em 2000 a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru. Esta proposta de atenção permitiu o maior contato, ou seja, o contato pele a pele do bebê com a mãe (BRASIL, 2011b).

O Método Mãe Canguru trata-se de uma política de humanização hospitalar, criada na Colômbia em 1979, método que implica na colocação do RN diretamente no colo da mãe em contato pele a pele. A quantidade de horas por dia a ser utilizada vai ser determinada

pela mãe e pelo RN. Tem o intuito de aumentar o vínculo mãe-filho, estimular a amamentação, favorecer um melhor controle térmico, diminuir a permanência hospitalar e a infecção hospitalar, dar maior confiança aos pais em manusear do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta (ARIVABENE, 2010).

Em 2004 ocorreu ainda, o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que contribuiu sobremaneira, tanto para a promoção da saúde materna, quanto infantil. Esta agenda destaca, dentro das linhas de cuidado, a atenção integral da saúde da criança, a redução da mortalidade infantil, as ações de saúde da mulher com atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o puerpério (BRASIL, 2004).

Nesta linha de pensamento, em 2006, o MS, através da Portaria MS/GM n. 399, aprova o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto de pela vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (Brasil, 2008a).

Em seguida, em 2008 foram publicados os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, que apontam uma queda de 44% na mortalidade infantil, aumento da amamentação no primeiro dia pós-parto de 70,8% para 99,5%, o acesso das crianças aos serviços de saúde passou de 18,2% para 49,7%, melhora da cobertura ao pré-natal (99% em 2006 contra 86% em 1996), além de dados que refletem a melhora do planejamento familiar (BRASIL, 2008b).

Em 2009, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS incluiu na sua agenda de ações estratégicas o fortalecimento e a expansão do Método Mãe Canguru no território brasileiro. Entendendo que, o fortalecimento e expansão do mesmo é uma importante estratégia para a humanização do atendimento ao binômio mãe-bebê e a promoção do aleitamento materno no Brasil, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde e da qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009).

3.2 Atuação do enfermeiro no cuidado a recém nascido pré-maturo

O recém-nascido pré-termo (RNPT) necessita de muitos cuidados especializados, que demandam bastante tempo para a realização dos mesmos, prejudicando a interação do prematuro com a família. Para diminuir esse distanciamento dos pais com seu filho, a inserção da família na assistência do recém-nascido aparece como fator decisivo no sentido de encontrar formas para favorecer o vínculo precoce e aumentar a segurança dos pais no

momento da alta. O preparo da família para a alta do prematuro das Unidades Neonatais pode ser elencado como um desafio para o enfermeiro.

O preparo da família para a alta é composta de orientações passadas pelo enfermeiro. O profissional necessita conhecer a capacidade das famílias para fornecer cuidados e atenção à criança antes da alta, treinar a família desde a internação no hospital para cuidar de seu bebê, promover o aleitamento materno como o melhor alimento para o bebê prematuro, cumprir as consultas ao pediatra e incentivar a consulta prévia aos sinais de alarme, orientar sobre alimentação, higiene, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sequelas, complicações, acompanhamento ambulatorial e vínculo afetivo; ensinar cuidados especiais que o bebê possa necessitar após a alta; orientar sobre medicamentos que o bebê usará em casa; auxiliar a mãe na identificação das necessidades do bebê através do comportamento (SCHMIDT *et al*, 2011).

Cabe ao enfermeiro realizar a avaliação da dor em neonatos, por meio das alterações comportamentais, como: mudanças na expressão facial, estado de sono, choro e vigília, agitação e os movimentos corporais. Essas alterações devem ser analisadas de forma integral com o diagnóstico, situação e outros sintomas associados. Existem escalas que o profissional pode usar para auxiliar na decodificação da dor em RN's, como: Escala Objetiva de Dor Hannallah, Escala de desconforto para recém-nascidos em ventilação e Escala de Dor Comportamental (FRIAÇA *et al*, 2010).

Em relação aos métodos não-farmacológicos para o alívio da dor em prematuros utilizadas pelo enfermeiro são: intervenções no meio ambiente (controle de ruídos, temperatura e luminosidade), sucção não-nutritiva, administração de glicose, posicionamento e conforto, toque e massagem, oferecer leite materno, mudanças de condutas e rotina com relação aos procedimentos dolorosos. Esses métodos são importantes para promover uma estabilidade e uma boa organização do neonato, podendo ser útil na conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento. Essas medidas não-farmacológicas possibilitam que a equipe de enfermagem realize intervenções para prevenção e controle da dor, baseada em sua contínua observação do recém-nascido (FRIAÇA *et al*, 2010).

A pele do RNPT é mais fina e possui pouca adesão dermoepidérmica e dermosubcutânea o que a torna mais suscetível à lesão, e devido à situação de internamento, em que o bebê está com dispositivos próximos ou aderidos à pele, estando sujeito ao aparecimento de lesões. Nesse sentido, algumas intervenções de enfermagem são indispensáveis para manter a integridade da pele, prevenir injúria física e química, minimizar a perda insensível de água, manter a temperatura estável e prevenir infecções. Alguns desses

cuidados são: avaliação constante da pele; retirada de adesivo sem pressa, com cuidado, utilizando soro fisiológico ou água destilada; mudança de decúbito de 2 a 3 horas; após punção venosa, envolver o local e evitar a utilização de adesivos sobre a pele para não lesioná-la, pois a pele lesionada aumenta o desequilíbrio hidroeletrólítico e térmico (ROLIM, 2009).

O enfermeiro atua também de forma integral e ativa na última etapa do MMC com a educação em saúde. O profissional orienta a mãe em relação à higiene, troca de fraldas, amamentação, vacinação; sobre a importância, a finalidade, o incentivo e sobre posição do canguru; e ajuda a mãe a identificar as necessidades que o RNPT demonstra (NEVES, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Estudo transversal de abordagem quantitativa que buscou, por meio desta perspectiva alcançar a objetividade da pesquisa por meio da aplicação de questionários, os quais possibilitaram a mensuração de variáveis pré-estabelecidas e ainda verificar e explicar a influência dessas variáveis sobre outras variáveis, por meio de análises e correlações estatísticas.

São chamados de estudos seccionais ou de corte transversal aqueles que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população. Porém existem limitações, onde a associação entre a exposição da doença não seja a mesma detectada referente à época de realização do estudo e também não é um levantamento que abrange a incidência, assim, não determina risco absoluto e duração da doença (SITTA *et al*, 2010).

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 e é 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 a maternidade escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza-CE. Caracteriza-se por ser um hospital universitário de grande porte, de nível terciário, federal, administrativamente subordinado ao Estado. Realizou de acordo com a Gerência de Atenção A Saúde- GAS-MEAC, cerca de 3920 partos e 3937 nascidos vivos no ano de 2014, e localiza-se no bairro Rodolfo Teófilo, pertencente à secretaria executiva regional III, do Sistema de Saúde de Fortaleza.

A escolha da maternidade se deu por ser um hospital que segue as recomendações da política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso, consolidadas no Método Mãe Canguru, credenciado pelo Ministério da Saúde. Além de ter recebido o título de 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 Mãe Canguru e da Rede Cegonha. Esta foi 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. Assim as etapas do MC estão implantadas no hospital e os neonatos saem de alta com o acompanhamento ambulatorial assegurado.

Em 2011, a MEAC aderiu a 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 com referência para atendimento de gestantes de alto risco oriundas da Atenção Primária da capital e do restante do Estado.

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), instituição pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC) e tida como referência no Estado do Ceará, Brasil, por sua habilitação, em nível terciário, e atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao RN de alto risco dentro da abordagem Método Mãe Canguru conta com cinco unidades neonatais sendo duas de alto risco, duas de médio risco e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Esta que de acordo com a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 é a unidade que permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. Sendo responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelo binômio assistido pela Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru–UCINCA. Esta unidade possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido.

A amostra estudada foi selecionada a partir da entrada contínua e sendo constituída por mães e recém-nascidos internados na Maternidade Escola. Os critérios de inclusão e exclusão incluíram aspectos tanto da mãe quanto do bebê. Os critérios de inclusão do estudo foram mães de recém-nascidos internados na Unidade Canguru.

Como critérios de exclusão das participantes foram: ter histórico psiquiátrico (com base em relatos das próprias participantes) ou com complicações clínicas importantes no pós-parto ou ser portadora de HIV.

Os critérios de descontinuidade adotados foram: a desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados; falecimento da mãe ou da recém-nascido durante o transcorrer do estudo.

Atualmente a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru da MEAC admite uma média de 180 recém-nascidos prematuros procedentes da capital e interior do Estado do Ceará.

Diante dessa média a amostra do estudo foi composta por 43 binômios (mãe e filho) atendidos no segundo semestre de 2015. Esta foi calculada a partir da fórmula abaixo:

Fórmula de cálculo

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

$$Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)$$

Onde:

n - amostra calculada 43

N - população (180)

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento (50%)

e – erro amostral 8%

4.4 Procedimentos para coleta de informações

O presente estudo teve como etapas:

1ª etapa: O consentimento dos gestores das instituições e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade escola Assis Chateaubriand (MEAC) para ser dado início a coleta de dados.

2ª etapa: Foi realizada uma visita a unidade com os aplicadores dos questionários, depois foi feita uma capacitação sobre os questionários com os mesmos.

3ª etapa: Foi esclarecido às entrevistadas sobre a pesquisa que seria composta de dois instrumentos, que seus nomes não seriam publicados e que elas poderiam desistir e não participar da pesquisa, depois disso elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Primeiro instrumento:

Foi aplicado um questionário semi-estruturado com dados sociodemográficos das mães como: idade, nível de escolaridade, situação conjugal, número de filhos, idade de outros filhos, com quem estão os outros filhos, situação ocupacional/profissional, participação do pai e rede de apoio social além de questões sobre a gestação tais como: planejamento, partos prematuros anteriores, realização de pré-natal na Atenção Primária em Saúde e intercorrências na gestação além de registros com relação ao manejo na posição canguru e aleitamento materno. APÊNDICE 1

Segundo instrumento:

Foi utilizado ainda como parte fundamental da entrevista em um momento o Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida (Tradução da escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy - PMP S-E* (ANEXO 2).

A escala PMP S-E 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. A validação do instrumento ocorreu por meio de análise fatorial e comparação de grupos contrastantes. 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 de dois pontos (1= Discordo; 2= Concordo). No Brasil o estudo foi adaptado pelos autores o estudo original e revisadas por outros autores que participaram do estudo (TRISTÃO, 2015). A escala já foi utilizada no Brasil nos estudos de Spehar (2013) que tinha como objetivo avaliar aspectos psicossociais, estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia em relação aos cuidados de mães de recém-

nascidos prematuros de baixo peso, ao longo das três etapas do Método Canguru. As mães participaram de 3 entrevistas, cada uma sobre uma etapa do Método Canguru; e da aplicação da escala.

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) se refere 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.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo atende a resolução nº 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Ceará sob parecer 480.83.

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.

5. RESULTADOS

Neste item serão apresentados os resultados da pesquisa em forma de tabelas e suas devidas considerações contendo o perfil das mães e dos lactentes; as informações sobre a gestação, parto e pós-parto; informações sobre o uso do Método Canguru; e o resultado da aplicação da Escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy*.

5.1. Descrevendo as características dos participantes do estudo.

Tabela 1. Caracterização das mães e lactentes atendidos na UCINCA, Fortaleza, set/2015 a fev /2016.

Fatores	N	%
Idade		
Até 18	7	16,3
19-32	25	58,1
33 ou +	11	25,6
Procedência		
Capital e RM	28	65,1
Interior	15	34,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	12	27,9
Ensino Médio	27	62,8
Ensino Superior	4	9,3
Estado civil		
Com companheiro	38	88,4
Sem companheiro	5	11,6
Profissão		
Do lar/Sem renda fixa	23	53,5
Estudam	4	9,3
Trabalham	16	37,2
Pessoas(casa)		
Até 3	22	51,2
4 – 6	21	48,8
Renda salarial		
Até 1 salário	21	48,8
Até 2 salários	14	36,2
3 ou +	8	18,6
Idade gestacional		
RNPT(<34s)	10	23,3
RNPTT(34-36s)	33	76,7
Peso ao nascer (rn)		
Extremo Risco (< 1000g)	5	11,6
Maior Risco (< 1500g)	11	25,6
Peso > ou igual a 1500g	27	62,8
Peso atual (rn)		
<1500g	4	9,3
A partir de 1500g	39	90

Na tabela 1 foi identificado que a maioria das participantes estava em idade reprodutiva plena (58,1%), porém ainda é visto que existe uma porcentagem alta que estavam em idade de risco reprodutivo, visto que 25,56% se encontravam com idade de 33 anos ou mais. Grande parte delas tinham procedência da capital ou da região metropolitana, tinham estudado até o ensino médio (62,8%) e moravam com o companheiro. Muitas dessas mães ou não tinham renda fixa ou eram do lar (53,5%).

Em relação à quantidade de pessoas na casa, os resultados foram bem próximos, porém a resposta mais citada foi de que residiam até três pessoas no mesmo domicílio (51,2%). Quanto à renda mensal foi respondido pela maioria das puérperas que sobreviviam com um salário mínimo (48,8%).

No que se refere ao lactente foi percebido a prevalência de recém-nascidos pré-termos com 34-36s de gestação (76,7%). Houve um maior predomínio de bebês com peso ao nascer maior ou igual a 1500g (62,8%) e com peso atual a partir de 1500g (90%).

Tabela 2. Informações gestacionais, parto e pós parto das mães, Fortaleza, set/2015 a fev/2016.

Fatores	N	%
Antecedentes Pessoais (DC)		
Não	28	65,1
Sim	15	34,9
Medicacões		
Não	24	55,8
Sim	19	44,2
Hábitos (Fumo, Álcool E Drogas)		
Não	39	90,7
Sim	4	9,3
Nº Gestacão		
0	19	44,2
1 a 2	18	41,9
3 a 5	6	14
Nº Parto		
0	20	46,5
1	10	23,3
2 a 4	13	30,2
Nº Aborto		
0	35	81,4
1 a 3	8	18,6
Parto Prematuro		
Não	29	67,4
Sim	14	32,6
Planejamento Familiar		
Não	22	51,2
Sim	21	48,8

Pré-Natal (Local)

UAPS	31	72,1
Maternidade	9	20,9
UAPS e Maternidade	2	4,7
Nº de Consultas no Pré-Natal		
0	1	2,3
Até 5	24	55,8
6 ou +	18	41,9
Visita Domiciliar		
Não	32	74,4
Sim	11	25,6
Complicações No Parto		
Não	11	25,6
Sim	32	74,4
Esquema Vacinal		
Incompleto	15	34,9
Completo	28	65,1
Ativ. Educ. Ame No Pré-Natal		
Não	26	60,5
Sim	17	39,5
Profissional Orientou Ame		
Enfermeiro	14	32,6
Médico	2	4,7
Equipe de Saúde	25	58,1

Os resultados obtidos na tabela 2 demonstraram, no tocante aos antecedentes gestacionais, que a grande maioria das entrevistadas não tinham doenças crônicas (65,1%), não estavam em uso de medicações (55,8%) e não tinham hábitos de fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas (90,7%).

No que se refere à pesquisa do número de gestações, paridade e aborto, as respostas que tiveram maior porcentagem foram que: as mães nunca tinham tido nenhuma outra gestação (44,2%), parto (46,5%) ou aborto (81,4%). Muitas das puérperas responderam que não tinham tido outro parto prematuro (67,4%).

Em relação ao planejamento familiar os resultados obtidos foram próximos, porém prevaleceu aquele que elas não haviam realizado planejamento familiar (51,2%). O local mais procurado pelas mulheres para se realizar as consultas de pré-natal foi a Unidade de Atenção Primária de Saúde (72,1%) e a maioria delas alegou ter realizado menos de seis consultas pré-natais (55,8%).

Grande parte delas informou que não haviam tido visitas domiciliares (74,4%), que tiveram algum tipo de complicação no parto (74,4%), que estavam com o esquema vacinal completo (65,1%), que não participou de atividade educativa sobre aleitamento materno exclusivo no pré-natal (60,5%) e que recebeu orientação sobre aleitamento materno exclusivo no pós-natal por meio da equipe de saúde (58,1%).

Tabela 3. Informações sobre o uso do Método Canguru, Fortaleza, set/2015 a fev/2016.

FATORES	N	%
Realizou O Canguru		
Não	1	2,3
Sim	42	97,7
Tempo De Duração/Dia		
Até 2hr	14	32,6
3 -5hr	17	39,5
6hr ou +	12	27,9
Motivos Participar Canguru		
Desejo	2	4,7
Apoio companheiro, pais e familiares	1	2,3
Apoio profissionais	7	16,3
Preocupação com saúde filho	32	74,4
Gostou Do Canguru		
Não	1	2,3
Sim	42	97,7

No que tange a tabela 3 foi respondido com maior prevalência que as entrevistadas realizaram o método canguru (97,7%) e tiveram como tempo de uso entre 3-5 horas (39,5%). O motivo que as levaram a usar o método, mais citado, foi à preocupação com o filho (74,4%), e quase todas responderam que gostaram de utilizar o método (97,7%), apenas uma não gostou e relatou que o motivo foi a falta de apoio dos profissionais de saúde.

Tabela 4. Aplicação da Escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy*, Fortaleza, set/2015 – fev/2016.

Escala	N	%
01.Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.	13	30,2
02.Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.	12	27,9
03.Eu percebo quando meu bebê está doente.	5	11,6
04.Eu entendo os sinais do meu bebê.	3	7
05.Eu sei fazer meu bebê feliz.	38	88,4
06.Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.	27	62,8
07.Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.	31	72,1

08.Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.	10	23,3
09.Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido (a).	20	46,5
10.Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado (a).	19	44,2
11.Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.	2	4,7
12.Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto (a).	21	48,8
13.Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.	15	34,9
14.Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.	33	76,7
15.Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.	16	37,2
16.Eu sou boa em manter meu bebê entretido.	30	69,8
17.Eu sou boa em alimentar meu bebê.	9	20,9
18.Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.	33	76,7
19.Eu sou boa em dar banho em meu bebê.	2	4,7
20.Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.	41	95,3

Na tabela 4 os itens que mais evidenciaram a baixa eficácia materna foram: 03- Eu percebo quando meu bebê está doente (11,6%), 04 - Eu entendo os sinais do meu bebê (7%), 11 - Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente (4,7%), 17 – Eu sou boa em alimentar meu bebê (20,9%) e 19 - Eu sou boa em dar banho em meu bebê (4,7%).

Os itens que demonstraram maior eficácia materna foram: 05 - Eu sei fazer meu bebê feliz (88,4%), 07 - Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro (72,2%), 14 - Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê (76,7%), 18 - Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê (76,7 %) e 20 - Eu sei mostrar afeição para o meu bebê (95,3%).

6. DISCUSSÃO

No estudo a maioria das mães estava no período reprodutivo, fato que não se caracteriza como um fator de risco para a prematuridade, porém foi registrada uma porcentagem considerável de mães em extremos de idades, fator este importante de risco de prematuridade (ALMEIDA *et al*, 2012). Muitas delas tinham a procedência da capital ou região metropolitana, o que evidencia que possivelmente tiveram mais acesso e qualidade na assistência na saúde, pois nos grandes centros urbanos localizam-se as unidades de saúde com maior aparato tecnológico, na maioria das vezes.

Também observa-se que prevalece a baixa escolaridade materna, a qual interfere significativamente na qualidade da assistência prestada as mulheres neste período. O maior grau de instrução e o processo de assimilação de informações, ou seja, mulheres que possuem baixo nível cultural, possivelmente têm dificuldades de compreender as necessidades dos cuidados no pré-natal e toda a preparação para o parto, com o intuito de minimizar possíveis complicações (BEZERRA *et al*, 2014).

No estudo percebe-se que as mulheres em sua maioria contam com o apoio do parceiro, mas uma grande parte ainda enfrenta este momento especial de suas vidas sem a presença de um cônjuge, contando principalmente com o apoio de familiares. Para o enfermeiro é importante conhecer a rede social de apoio para poder adequar os cuidados e orientações oferecidos as puérpera com prematuros, já que estas precisarão de um cuidado diferenciado para o bebê. Na situação de ter um prematuro em casa a participação do parceiro é de fundamental importância, ajudando-a a enfrentar melhor esse processo (PETITO *et al*, 2015).

As mães que estavam desempregadas ou eram donas de casa relataram que terão maior disponibilidade de tempo para cuidar da casa e do bebê, sendo um dos aspectos que podem favorecer a amamentação de qualidade e fortalece o laço entre mãe-filho. Por outro lado é importante destacar que o fato de as mulheres estarem desempregadas ou sem renda poderá incidir diretamente na capacidade de prover cuidados, alimento e outros utensílios que são essenciais na manutenção da criança. Já as que trabalhavam ou estudavam relataram que será difícil conciliar a profissão e os estudos com a atenção ao filho recém-nascido. A gravidez é, na maioria das vezes, um empecilho para formação profissional, pois normalmente a jovem abandona a escola, tornando-se menos preparada para enfrentar o mercado de trabalho (ARAÚJO *et al*, 2015).

Observou-se que o resultado para o item quantidade de pessoas que moram na mesma casa foi variável. O fato do domicílio possuir até 3 pessoas pode trazer benefícios no cuidado com o RN no tocante da mãe se preocupar menos com outras pessoas e afazeres, assim ela terá mais tempo e menos estresse para promover um cuidado de qualidade com seu RN. Ter quatro ou mais pessoas morando na mesma casa poderá onerar mais gastos financeiros podendo comprometer a qualidade no cuidado com o prematuro, corroborando com o estudo de Lamy Filho *et al* (2011) que constatou que crianças pequenas tenham que dividir os poucos brinquedos e a atenção dos pais com irmãos ou primos mais velhos, reduzindo suas chances de obter estímulos benéficos.

Os dados demonstram um grave problema da realidade social em relação a baixa renda familiar, aumentando ainda mais os riscos de morbimortalidade materna e infantil, afetando dessa forma o seu estado nutricional e conseqüentemente à saúde do filho (FERRAZ; NEVES, 2011). Para isso o enfermeiro deve estar atento e oferecer orientações para que os pais possam ofertar cuidados que estejam dentro da realidade em que vivem ou ainda orientar para a participação de programas sociais, como o Bolsa Família (LIMA *et al*, 2014).

Observou-se no estudo que a maioria dos nascidos tinham IG pré-termo tardio, tem como significado que o recém-nascido estava entre 34 e 36 semanas de gestação ao nascer, não se caracterizando prematuridade muito grave, caso não esteja associada a outros fatores como mal formação (WONG, 2014). Esta incidência vem ocorrendo por diversos fatores: as transformações demográficas, o uso de tecnologias de reprodução assistida com crescente incidência de gestações múltiplas, e as mudanças na prática obstétrica. Tem sido crescente a frequência de gestação na adolescência e em mulheres com idade ≥ 40 anos, e nessas faixas etárias as taxas de pré-termos tardios são aumentadas. Dentre as práticas obstétricas que podem estar contribuindo para o aumento nos nascimentos prematuros destacam-se: a crescente tendência ao nascimento eletivo em idade gestacional mais precoce, a conduta frente ao trabalho de parto prematuro com recomendação para o uso de tocolíticos e de corticóide somente até 34 semanas de gestação, bem como o aumento nas taxas de cesarianas primárias com conseqüente maior chance de cesariana de repetição. Especial preocupação existe com a cesariana eletiva e de data marcada, uma vez que a estimativa da idade gestacional pela regra de Naegle e pelo ultrassom no segundo trimestre apresenta margem de erro de 1-2 semanas (DE SOUSA RUGOLO, 2011).

Como visto a maioria das crianças nasceram com peso menor ou igual a 1500g que segundo Wong é considerado Recém-nascido de muito baixo peso ao nascer (WONG,

2014) e em relação ao peso atual, onde 90% delas já haviam atingido o peso de maior ou igual a 1500g, levando-nos a considerar a contribuição que Método Canguru traz para o ganho de peso do RN (FRAGATA, 2012).

No que diz a respeito da saúde materna 65,1% não apresentavam doenças crônicas, o que as qualificam fisicamente capazes de cuidarem dos bebês, quando uma enfermidade crônicas pode trazer incapacidades, inclusive em realizar as atividades diárias. (PINTO, 2012). Ainda 55,8% não usavam algum tipo de medicações e 90,7% não tinham o hábito de fumar, usar álcool ou outras drogas ilícitas, o que as tornam fisicamente capazes de realizarem suas atividades diária, inclusive do RN. Estudos (LOURENÇO et al., 2012; VIRTUOSO-JÚNIOR; GUERRA, 2011) apontam a associação positiva entre a progressão da incapacidade funcional e o número de medicamentos.

Quanto a paridade a maioria das puérperas responderam ter tido a primeira gestação e parto naquela ocasião, levando-nos a pensar que não possui outros filhos e tem toda a atenção e cuidados voltados para o pré-termo. Quanto ao aborto 81,4% delas não tinham tido nenhum aborto, não possuindo assim nenhum trauma ou dano psicológico devido a perdas de outras gestações. Um estudo revela que mães com bebês internados na UTI, são submetidas à um grande desgaste, pois precisavam se dividir entre cuidar de casa, dos outros filhos e comparecer ao hospital (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Em outro estudo a autora revela que “O abortamento é um episódio especial, responsável por intenso sofrimento físico e existencial, podendo gerar consequências como depressão e diminuição da estima pessoal dependendo do contexto socioeconômico e cultural das mulheres associado aos fatores de risco tais como os fatores econômicos, apoio familiar e do companheiro, uso de álcool e drogas por elas e pela família, desemprego, falta de renda, trabalho, moradia e qualidade de vida” (ZEFERINO; FUREGATO, 2013).

A maioria das entrevistadas não tinham tido nenhum filho prematuro, constando-se a falta de experiência e conhecimento nos cuidados com esse prematuro. Um estudo constatou que os mais prevalentes sentimentos identificados em pais de prematuros foram: angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, tristeza, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão (VILELAS *et al*, 2014). Também 51,2% delas não haviam realizado o planejamento familiar, estando assim suscetíveis à maiores chances de uma gravidez indesejada, abortos inseguros e a mortalidade materna, segundos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

No item local de realização do pré-natal 72,1% escolheram a Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) para a realização do pré-natal, vemos assim a importância do

investimento tanto em estrutura, qualificação dos profissionais, equipamentos e instrumentos, apoio laboratorial; material para registro, processamento, análise dos dados e medicamentos, para que assim se tenha uma assistência de qualidade a essas gestantes, buscando fatores de riscos para as diversas patologias que podem ocorrer na gestação, fazendo as orientações necessárias para a gestação, parto, sinais de alerta e cuidados com o RN e contribuindo para a diminuição da mortalidade materna (DIAS, 2014).

É preconizado pelo calendário de consultas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que as gestantes realizem pelo menos seis consultas de pré-natal. É de suma importância a gestante realizar o pré-natal desde as 1^a semanas de gestação até a 40^a semana, para ter uma gestação saudável sem complicações para mãe e para o filho (BEZERRA *et al*, 2014). Mesmo assim, percebe-se que as mulheres em sua maioria não realizaram as consultas preconizadas, principalmente porque tiveram o bebê prematuramente e não puderam concluir as demais consultas. Acrescenta-se que algumas mulheres descobrem a gravidez tardiamente e isso leva a um menor número de consultas.

Observa-se que 74,4% das nutrízes não receberam visitas domiciliares da equipe de saúde, evidenciando-se uma falha essa pode comprometer a assistência a essa gestante, deixando-se passar algum fator de risco ambiental ou a precariedade no acompanhamento dessa gestante caso ela não tivesse como se locomover até o posto. É de extrema importância a visita domiciliar para haver uma maior integração entre a equipe e o paciente, melhorando a assistência, de acordo com a realidade de cada um, porém, muitas vezes essas consultas não são realizadas devido à pouca quantidade de profissionais para uma grande demanda de clientes (SOUSA, 2011).

Constatou-se que 74,4% dessas mulheres tiveram alguma complicação na hora do parto, fator este que pode ter levado a prematuridade (BALBI, 2016). Também 65,1% delas estavam com o esquema vacinal completo, demonstrando assim o interesse dos profissionais em orientarem e fazerem busca de gestantes com as vacinas incompletas para que elas tivessem uma melhor assistência. Em concordância o estudo realizado em Minas Gerais identificou que a baixa adesão ao esquema vacinal estava vinculada a baixa qualidade no atendimento (PACHECO, 2011).

Um fator preocupante quanto ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi encontrado neste estudo, 60,5% das entrevistadas relataram não terem sido orientadas sobre AME, demonstrando uma falha nas orientações do pré-natal, como já foi salientado acima, muitas das mães eram primíparas e necessitavam das orientações e de estímulo ao AME por

algum profissional da saúde, além do fato que essa conduta é preconizada pelo Ministério da Saúde para a assistência pré-natal (BRASIL, 2006).

Foi visto que das orientações sobre AME que foram realizadas 58,1% haviam sido feitas pela a equipe de saúde, verificando-se assim a importância de todos os integrantes da equipe de saúde, visando sempre a boa qualidade no serviço prestado, não permitindo que o trabalho com aquela gestante fique defasado (MOREIRA, 2013). Também é relevante salientar que 32,6% das orientações foram feitas por enfermeiros, mostrando assim a importância da constante atualização nos temas abordados com a gestantes para que possa ser repassado informações de cunho importantes e baseadas em pesquisas que tragam benefícios para a grávida; também é visto a importância do papel do enfermeiro, profissional este que está sempre em maior contato com o paciente, principalmente as gestante acompanhadas na UAPS.

O Dias *et al* (2015) relatou que as orientações também podem ser realizadas através de atividades de práticas educativas, e ao final destacou que “A atuação do enfermeiro nas práticas educativas é muito importante, pois é notório que o mesmo tem se tornado indispensável na promoção de tais atividades. A educação em saúde faz parte de sua rotina diária deste profissional, especialmente quando o assunto é pré-natal por isso, é necessário que este compreenda a importância de humanizar e qualificar a atenção prestada às gestantes para garantir melhor adesão e início precoce ao pré-natal”.

No que confere ao Método Mãe Canguru 97,7% das entrevistadas relataram terem utilizado e gostado do Canguru, identificando assim o interesse delas, um dos objetivos do método sendo cumpridos – de aumentar a relação do binômio -, e a participação dos profissionais em orientá-las, incentivá-las e a ajudá-las a utilizar o método. A autora Silva *et al* (2014) completa: “Nesse sentido, precisam contar com a equipe de saúde que tem como papel primordial atuarem como facilitadores(as) do processo de ensino e aprendizagem, concomitante a um ambiente propício e acolhedor, com trocas de conhecimentos, vivências, facilitando a adaptação familiar aos cuidados necessários com o(a) RN.”

A maioria das puérperas responderam que ficavam entre 3 – 5 horas por dia utilizando o método, tempo este considerado moderado para que haja total eficiência do método. Um resultado que chamou a atenção foi de que 32,6% delas ficavam menos de duas horas por dia utilizando o método, resultado este que pode estar ligado com a falta de incentivo dos profissionais, ou a falta de desejo delas que pode estar relacionado com algum transtorno psicológico característico da fase. Em um estudo realizado por Gomes (2015) foi ressaltado que não existe tempo determinado para o uso do MMC, este será julgado pelo

prazer e satisfação da mãe e do prematuro. Muitas relataram que o motivo de utilizar o canguru é a preocupação com a saúde do filho, mostrando assim que está disposta a dar um cuidado de qualidade ao infante.

Souza *et al* (2012) destacou em seu estudo que as mães relataram “relataram ter uma sensação de bem-estar por participarem do método e percebem a sua importância na recuperação do filho. Sentiram-se úteis em participar deste processo, o que confirma a vantagem destacada por Furlan *et al.*, (2003) quando afirmam que o MMC aumenta a confiança dos pais, principalmente das mães, para o cuidado com o bebê, pois sentem-se mais tranquilas e seguras, apresentando sentimentos mais positivos em relação ao filho.”

Identificar os sinais do bebê, quando o bebê está doente, aconchegar o bebê em situação de choro, alimentar o bebê e realizar o banho foram os menores percentuais de autoeficácia, considerando que esta é uma fase nova e de aprendizagem, a mãe deve ser orientada de acordo com as categorias que lhes demonstraram ser necessárias. De acordo com o manual do *Ministério da Saúde – Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde* (2012b), 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 (BRASIL, 2012b). O enfermeiro pode ajudar as mães a identificarem esses sinais mais facilmente e ajudá-las a resolvê-los, incentivando-as a aconchegar os seus filhos, auxiliando na amamentação, ensinando a dar banhos. Tudo isso através de atividades educativas para um grupo de mães com essas dificuldades.

Os itens “Fazer o bebê feliz”, “Acreditar que o bebê e a mãe tem uma boa interação um com o outro”, “É boa em conseguir a atenção do bebê”, “É boa em trocar as fraldas ou roupas do bebê”, “Sabe mostrar afeição para o bebê”, foram os itens que apresentaram maior eficácia materna, cabe a equipe parabenizar a mãe e continuar a incentivá-la, pois o vínculo entre mãe e filho é importante para o seu desenvolvimento e comportamento. Segundo uma pesquisa divulgada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal constatou que os pais dão prioridade à saúde do filho do que a afetividade. Conforme o estudo realizado pela psicóloga americana Tiffany Field, fundadora do Touch Research Institute (Instituto de Pesquisa do Toque), ela afirma que os resultados mostraram que crianças que recebem toques, massagens e gestos de carinho das mães nos primeiros quatro meses de vida são mais sorridentes e choram menos, o que foi confirmado por outra pesquisa, da Duke

University (EUA), que concluiu que a construção de um vínculo afetivo intenso com a mãe diminui os níveis de estresse, ansiedade e hostilidade da criança, tornando-a mais preparada para lidar com as pressões do mundo adulto. Já nos cuidados básicos, como banho, alimentação e troca de roupa, as expressões de carinho podem ser sentidas pelo bebê, dando-se os primeiros passos para o estabelecimento de vínculos (REDAÇÃO M DE MULHER, 2013).

Sabendo disso o enfermeiro tem papel importantíssimo em apoiar e incentivar esse vínculo, explicando a importância do carinho, aconchego, de perceber os sinais, de não deixar o bebê chorando por muito tempo, de ensinar as mães a trocarem as fraldas e orientá-las a fazerem o mais breve possível sempre que estiver suja. Estimulá-las a brincar, conversar, contar histórias e amamentar, não somente a mãe como a família também.

7. CONCLUSÃO

No estudo foi possível identificar os dados sociodemográficos das mães, as características antropométricas e clínicas dos recém-nascidos da unidade canguru evidenciando que em sua maioria são mães em idade fértil, provenientes da capital ou região metropolitana, com o ensino médio completo, tinham um companheiro, não tinham renda fixa ou eram donas de casa, residiam com até 3 pessoas, com renda de até um salário mínimo. A maioria dos RN's foram classificados quando a idade gestacional como recém-nascidos pré termo tardio (34-36 semanas de gestação), com o peso ao nascer de > ou igual a 1500g e o peso atual de a partir de 1500g. Grande parte das mulheres entrevistadas não tinham nenhuma doença anterior, não faziam uso de medicações, não tinham o hábito de fumar ou ingerir álcool, estavam na primeira gestação, nunca tinham sofrido um aborto, nunca haviam parido, nunca tinham tido um parto prematuro, não tinham realizado planejamento familiar, realizaram suas consultas pré-natais em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, tinham realizado até 5 consultas pré-natais, não tinham recebido visita domiciliar, já tinham tido alguma complicação no parto, estavam com o esquema vacinal completo, não haviam participado de nenhuma atividade educativa sobre amamentação no pré-natal, e os profissionais que lhe orientaram foram as equipes de saúde. Quanto ao Método Mãe Canguru a maioria respondeu que realizaram o método, que o tempo de utilização do método foi de 3-5 horas por dia, que o motivo que as levaram a utilizá-lo foi a preocupação com a saúde do filho, e elas gostaram de usar o método.

Também foi possível identificar a autoeficácia materna de mães da Unidade Canguru para o cuidado com o recém-nascido por meio *Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP S-E) a qual foi considerada satisfatória, identificando os principais itens que as mães demonstraram dificuldade os quais foram: Eu percebo quando meu bebê está doente, Eu entendo os sinais do meu bebê, Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente, Eu sou boa em alimentar meu bebê, Eu sou boa em dar banho em meu bebê.

A partir da análise desses resultados é possível que o enfermeiro crie estratégias que visem a melhor qualidade no cuidado da mãe ao bebê e a redução de danos de outros agravantes que não cabe ao enfermeiro modificar, mas empoderar o binômio mãe e filho para atuar sobre estes determinantes. Dessa maneira o enfermeiro tem total capacidade de criar e

realizar essas atividades com as mães de prematuros, melhorando a sua assistência. E assim o estudo demonstra sua relevância para o conhecimento do enfermeiro.

O enfermeiro também deve orientar, estimular e auxiliar as mães e a família no uso do Método Mãe Canguru, fazendo com que os pais e a família criem e fortaleçam os laços e vínculos, e ajude no desenvolvimento do infante.

Tem-se como sugestões de atividades: rodas de conversas com as mães de tira dúvidas, oficinas experimentais que ensinem na prática o cuidado com o prematuro, esclarecimento de assuntos, como aleitamento materno e higiene do bebê, através de vídeos e palestras.

O estudo também tem relevância para o conhecimento governo, pois é da sua responsabilidade prover educação, renda e saúde digna e igualitária. Também para as políticas públicas pois permitirá conhecer a realidade das maternidades que abraçam a causa do método canguru, podendo reforçar essa prática, incentivando-a e capacitando os profissionais, difundindo-a por mais maternidades e avaliando sua aplicação.

O estudo teve dificuldade quanto a quantidade da amostra, pois a rotatividade da unidade era pouca e algumas mulheres não sabiam responder algumas perguntas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thassiany Sarmiento Oliveira de. *et al.* **Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática.** 2013. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 17 Número 3 Páginas 301-308 2013 ISSN 1415-2177. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/13674/9814> Acesso em: 06/10/2015 às 10:36.

BRASIL, 2012a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematurados-aponta-oms> Acesso em: 05/10/2015 às 23:18.

Prefeitura Municipal de Fortaleza - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (*SINASC*) Disponível em: <http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?nascido.def> Acesso em: 05/10/2015 às 23:21

JÚNIOR, José Felipe Santiago; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. **Diretrizes assistenciais Trabalho de Parto Prematuro da Maternidade-escola Assis Chateaubriand.** Pág. 2. Disponível em: http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/PROTOCOLOS%20OBSTETRICA/trabalho.pdf Acesso em : 06/10/2015 às 00:15

ARIVABENE, João Carlos; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Método mãe canguru: Vivências maternas e contribuições para a enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(2):[07 telas] mar-abr 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf Acesso em: 06/10/2015 às 00:55

TORATI, Cássia Valeska. **Política De Atenção Ao Recém-Nascido Prematuro: Morbidades Respiratórias e Neurológicas.** 2011. 132 f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM. Vitória, 2011. Disponível em: http://www.emescam.br/arquivo/pos/scricto/dissertacoes/Cassia_Valeska_Torati.pdf Acesso em: 06/10/2015 às 12:15.

MULLER, Crisna Maria. **Direitos Fundamentais: a proteção integral de crianças e adolescentes no Brasil**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 89, jun 2011. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9619&revista_caderno=12>. Acesso em nov 2015 às 20:20.

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARVALHO, M., orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374.pdf>> Acesso em: 16/novembro/2015 às 21:01.

CHIODI, Lucilei Cristina 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: 06/10/2015 às 00:28.

BANDURA, A. **A evolução da teoria social cognitiva**. In: bandura, a.; azzi, r. G.; polydoro, s.a.j. (org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Colaboradores: anna edith bellico da costa, fabián olaz, fabio iglesias, frank pajares. Porto alegre: artmed, 2008.

SPEHAR, Mariana Costa. **Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia**. Abril, 2013. 126f. Dissertação (mestrado em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde). Instituto de Psicologia – IP Universidade de Brasília, 2013.

CHAVES, Anne Fayma Lopes, 2012.101 f. **Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar**. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza-CE, 2012.

BARNES, C. R., & ADAMSON-MACEDO, e. N (2007). **Perceived maternal parenting self-efficacy (pmp s-e) tool: development and valuation with mothers of hospitalized preterm neonates**. Journal of advanced nursing, 60(5), 550-560.

TRISTÃO, Rosana Maria. *et al.* **Validation of the Scale of Perceived Self-Efficacy of Maternal Parenting in Brazilian Sample.** *Journal of Human Growth and Development.* 2015; 25(3): 277-286

VASCONCELOS, Viviane Mamede. *et al.* **Puericultura em Enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família.** 2012. *Esc Anna Nery* (impr.)2012 abr-jun; 16 (2):326-331.

ARAÚJO, Juliane Pagliare. *et al.* **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** *Rev Bras Enferm.* 2014 nov-dez;67(6):1000-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

COSTA, Roberta. *et al.* **Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal.** *Hist. enferm., Rev. eletrônica;* 1(1): [55-68], abr. 2010. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-25594>> Acesso em: 17/11/15 às 23:11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa ao Hospital Amigo da Criança.** Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf> Acesso em: 17/11/2015 às 23:30.

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

BRASIL. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS**. [citado em: 28 out 2008a].

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, DF, 2008b. [citado em 20 mar 2009]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/pnds2006>> Acesso em 18/11/15 às 00:01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório sobre o Método Canguru desde sua implantação até os dias atuais, com critério para prosseguimento e expansão do projeto, incluindo a capacitação de recursos humanos**. Brasília, DF, 2009. [citado em 05 mar 2010].

SCHMIDT, Kayna Trombini; *et al.* **Recém-Nascidos Prematuros e a Alta Hospitalar: Uma Revisão Integrativa Sobre a Atuação da Enfermagem**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):849-58. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/316/pdf>> Acesso em: 18/11/15 às 23:32.

FRIANÇA, Kelly Rosa; PEREIRA, Daniele Castro; PAIVA, Monica Machado Wach et al. **Atuação do Enfermeiro na Avaliação e no Alívio Não-Farmacológico da dor no Recém-Nascido**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):1022-1026. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1099/pdf_318> Acesso em 19/11/15 às 00:35.

NEVES, Priscila Nicoletti; RAVELLI, Ana Paula Xavier; LEMOS, Juliana Regina Dias. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):48-54. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a07v31n1.pdf>> Acesso em 19/11/15 às 01:15.

SITTA, Erica Ibelli; ARAKAWA, Aline Megumi; CALDANA, Magali de Lourdes. *Et al.* **A Contribuição de Estudos Transversais na Área da Linguagem com Enfoque em Afasia.** Rev. CEFAC. 2010 Nov-Dez; 12(6):1059-1066.

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.

ALMEIDA, AC; JESUS, ACP; LIMA, PFT; ARAÚJO, MFM; ARAÚJO, TM. **Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz- MA.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):86-94.

BEZERRA, Nanci Candido. SILVA, Evandro Dantas. CAMBOIM, Emiliana Elias. GOMES, Márcia Matos Bezerra. FERNANDES, Jacqueline Bezerra Araújo. **Método Mãe Canguru: Percepção das Puérperas de uma Maternidade no Estado da Paraíba.** Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_2datahora_24_03_2014_21_22_04_idinscrito_2045_a5f2a0d36df8843ffd19c2fab0c0a548.pdf> Acesso em 14/04/2016 às 9:18.

PETITO, Anamaria Donato de Castro; CÂNDIDO, Aline Cristina Freitas; RIBEIRO, Lorene Oliveira; PETITO, Guilherme. **A Importância da Participação do Pai no Ciclo Gravídico Puerperal: Uma Revisão Bibliográfica.** 2015. Revista Eletrônica Da Faculdade De Ceres V. 4, n. 1 (2015). Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/70/46>> acesso em: 27/04/2016 às 08:37.

ARAÚJO, Kleiton Richard da Silva; CALÁCIO, Izamara Alvarenga; RIBEIRO, José Francisco; FONTENELE, Polliana Mendes; MORAIS, Thiago Vieira de. **Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785. Vol.06, Nº. 03, Ano 2015 p.2739-50.

LAMY FILHO, Fernando *et al.* **Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4181-4187, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06/10/2016 às: 12:24

FERRAZ, Thaise da Rocha; NEVES, Eliane Tatsch. **Fatores de Risco para Baixo Peso ao Nascer em Maternidades Públicas: Um Estudo Transversal.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):86-92.

LIMA, Fabiane da Silva Severino. ARRUDA, Lidyane Parente. LEITE, Francisca Marília Coutinho. ANDRADE, Julyane Cerqueira Campos. DIOGO, Jihane de Lima. FREITAS, Consuelo Helena Aires de. **Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: Caracterização da Prática da Enfermagem.** Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação ISSN 1807-5762 Interface (Botucatu) [online], supl. 3, 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1659>> Acesso em: 27/04/2016 às 09:35.

WONG. **Cuidado centrado na família ao recém-nascido: Problemas de saúde dos recém-nascidos.** In: HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 9º Edição. P 227.

DE SOUZA RUGOLO, Ligia Maria Suppo. **Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais.** Disponível em: <<http://conceito-online.com.br/clientes/sbp/src/uploads/2015/02/Pre-termo-tardio-052011.pdf>> Acesso em: 06/10/2016 às: 16:11.

FRAGATA, Patrícia Alexandra Da Silva. **O Método Mãe-Canguru nos Recém-Nascidos de Baixo Peso.** Dissertação de mestrado em Medicina, Coimbra, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/27480>> Acesso em: 06/10/2016 às: 17:27.

PINTO, Juliana Maria de Sousa; NATIONS, Marilyn Kay. **Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de out de 2016 às 16:40 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200025>.

LOURENÇO, T. M.; LENARDT, M. H.; KLETEMBERG, D. F.; SEIMA, M. D.; TALLMANN, A. E. C.; NEU, D. K. M. **Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma**

revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre - RS, v.33, n.2, p.176-185, 2012.

VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. **Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Uberaba - MG, v.16, n.5, p.2541-2548, 2011.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. **A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, mar. 2011 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2016 às 11:24. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004>.

ZEFERINO, Mariana Gondim Mariutti; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão.** Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 115-119, 2013 . Disponível em <<http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2459>> Acesso em: 10/11/2016 às 14:39.

VILELAS, Jose; CAMPOS, Liliana; TOLEDO, Dora; FERNANDES, Ana. **A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro.** Pensar Enfermagem 18.2 (2014). Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/a74509946982408937017fb7aab8afe7/1?pq-origsite=gscholar> > Acesso em 10/11/2016 às 15:13.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar - Unifesp.** Portaria nº 426 de 28/07/2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar> > Acesso em: 15/11/16 às 18:27.

DIAS, Ricardo Aubin. **A importância do pré-natal na atenção básica.** 2014. 28f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni, 2014.

BEZERRA, Nanci Candido. SILVA, Evandro Dantas. CAMBOIM, Emiliana Elias. GOMES, Márcia Matos Bezerra. FERNANDES, Jacqueline Bezerra Araújo. **Método Mãe Canguru:**

Percepção das Puérperas de uma Maternidade no Estado da Paraíba. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_2datahora_24_03_2014_21_22_04_idinscrito_2045_a5f2a0d36df8843ffd19c2fab0c0a548.pdf> Acesso em 14/04/2016 às 9:18.

SOUZA, VB; ROECKER, S; MARCON, SS. **Ações Educativas Durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>> Acesso em 16/11/16 às 00:09.

BALBI, Bruna; BARROS, Maria Antonieta Leite Carvalhaes de; GARCIA, Cristina Maria de Lima Parada. **Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 1, Janeiro, 2016, pp. 233-241 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63043595024.pdf>> Acesso em 16/11/2016 às 00:20.

PACHECO, Alexandre José. **Vacinação da Gestante no Pré-Natal – Revisão Integrativa da Literatura.** 2011. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais – 2011. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3300.pdf>> Acesso em: 17/11/2016 às 15:56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MOREIRA, Mirian Geórgia Maia Martins. **A importância da Educação em Saúde na Atenção ao Pré-Natal.** 2013. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais – 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4024.pdf>> Acesso em: 17/11/2016 às 16:08.

DIAS, Ernandes Gonçalves *et al.* **Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde.** Gestão e Saúde, Brasília, DF. Brasil, v. 6, n. 3, p. Pág. 2695-2710, jun. 2015. ISSN

1982-4785. Disponível em:
<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1305>>. Acesso em: 17 Nov. 2016 às 16:36. doi:10.18673/.

SILVA, Joise Magarão Queiroz. **Significado para mães sobre a vivência no método canguru**. 2014. 81f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2014. Disponível em:
<
https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16426/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enf_Joise%20Magar%C3%A3o%20Queiroz%20Silva.pdf> Acesso em: 17/11/2016 às 16:48.

GOMES, Josiane Aparecida Tomaz Santos. MARTINS, Maria Joana de Lima. HERTEL, Valdinéa Luiz. **Método Mãe Canguru: Percepção da Equipe de Enfermagem**. REENVAP, Lorena, n. 07, Agos./Dez., 2015. Pág. 66-79.

SOUZA, Andrêza Poliane Paula de. PEREIRA, Luciana Barbosa. JESUS, Luciana Lima de. VERSIANI, Clara de Cássia. **Método Canguru: sentimentos das mães de um hospital universitário sobre as suas vivências neste modelo**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 17, Nº 174. Novembro de 2012. Disponível em: <
<http://www.efdeportes.com/efd174/metodo-canguru-sentimentos-das-maes.htm> > Acesso em: 17/11/16 às 18:32.

FURLAN, C.E.F.B. et al. **Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru**. Rev Latino Americana de Enfermagem 2003 ago; 11(4): 444-52.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** (2012). Volume 1. 195f. Brasília – DF, 2012b. Disponível em: <
<http://docplayer.com.br/7012700-Ministerio-da-saude-atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-cuidados-gerais-2a-edicao-volume.html> > Acesso em: 17/11/2016 às 17:50.

Redação M de Mulher. **O poder do afeto no desenvolvimento da criança**. Disponível em:
<<http://mdemulher.abril.com.br/familia/o-poder-do-afeto-no-desenvolvimento-da-crianca/>> Acesso em: 28/11/2016 às 16:38.

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.Vacinas (quantas): 1. Completas 0.Incompletas:

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?

30.1Sim.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 6h

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 6h

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 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:

49. Gosta de amamentar? 1. Sim 2. Não

50. 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. Outros:

ANEXO 01**TRADUÇÃO DA ESCALA PERCEIVED MATERNAL PARENTING SELF-EFFICACY - PMP S-E**

- 1. Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.** 1. Discordo 2. Concordo
- 2. Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 3. Eu percebo quando meu bebê está doente.** 1. Discordo 2. Concordo
- 4. Eu entendo os sinais do meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 5. Eu sei fazer meu bebê feliz.** 1. Discordo 2. Concordo
- 6. Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.** 1. Discordo 2. Concordo
- 7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.** 1. Discordo 2. Concordo
- 8. Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.** 1. Discordo 2. Concordo
- 9. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido(a).** 1. Discordo 2. Concordo
- 10. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado(a).** 1. Discordo 2. Concordo
- 11. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.** 1. Discordo 2. Concordo
- 12. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto(a).** 1. Discordo 2. Concordo
- 13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.** 1. Discordo 2. Concordo
- 14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 15. Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.** 1. Discordo 2. Concordo
- 16. Eu sou boa em manter meu bebê entretido.** 1. Discordo 2. Concordo
- 17. Eu sou boa em alimentar meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 18. Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 19. Eu sou boa em dar banho em meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo
- 20. Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.** 1. Discordo 2. Concordo