

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LINDYNÊS AMORIM DE ALMEIDA

TRANSIÇÕES DE FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA PRIMEIRA
ETAPA DO MÉTODO CANGURU

MACEIÓ
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LINDYNÊS AMORIM DE ALMEIDA

TRANSIÇÕES DE FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA PRIMEIRA
ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida

Linhas de pesquisa: 1) Atenção à saúde e cuidado de enfermagem nos diferentes ciclos de vida.

MACEIÓ
2025

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

A447t Almeida, Lindynês Amorim de.
Transições de famílias de recém-nascidos prematuros na primeira etapa do Método Canguru / Lindynês Amorim de Almeida. - 2025.
151 f. : il.

Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Maceió, 2025.

Bibliografia: f. 122-135.
Apêndices: f. 136-143.
Anexos: f. 144-151.

1. Recém-nascido prematuro. 2. Método Canguru. 3. Unidades de terapia intensiva neonatal. 4. Teoria de enfermagem. 5. Relações Pais-filho. I. Título.

CDU: 616-083:612.648

Folha de Aprovação

LINDYNÊS AMORIM DE ALMEIDA

**TRANSIÇÕES DE FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA
PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Alagoas e aprovada em
07 de fevereiro de 2025.



Documento assinado digitalmente
INGRID MARTINS LEITE LÚCIO
Data: 06/03/2025 09:52:59-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Ingrid Martins Leite Lúcio, Universidade Federal de Alagoas
(Orientadora)

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
EDNA MARIA CAMELO CHAVES
Data: 06/03/2025 20:34:01-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Edna Maria Camelo Chaves, Universidade Estadual do Ceará
(Examinador Externo)



Documento assinado digitalmente
LAIS DE MIRANDA CRISPIM COSTA
Data: 08/03/2025 21:46:25-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Laís de Miranda Crispim Costa, Universidade Federal de Alagoas
(Examinador Interno)

Dedico esta pesquisa a Deus, a minha mãe e meu pai, meus familiares, amigos e a todas as famílias de recém-nascidos prematuros que participaram deste estudo, que se sacrificam diariamente com amor e resiliência pela melhor condição de vida e de saúde de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, que guiou os meus caminhos, conduziu meus passos e minhas escolhas, me dando sabedoria, paciência, luz e condições de realizar essa pesquisa e sem Ele nada seria possível. Agradeço aos meus pais por me incentivarem a lutar por meus sonhos, por serem meu porto seguro, me acalmando quando eu preciso e vibrando com todas as minhas conquistas. Meu pai Denis, que me ensinou a enfrentar meus medos, a nunca desistir e a confiar sempre em Deus e à minha mãe Cirlene, que sempre está cuidando de mim, me orientando e tornando a minha vida mais alegre e leve.

Agradeço aos meus amigos, que me acompanharam ao longo da jornada do mestrado, que compartilharam alegrias, tristezas e histórias que fortaleceram ainda mais nossa amizade: Barbara Torres, Isaías Vicente, Ana Mirelle, Rillary Melo, Alice Jacintho, Maria Jaíne, Jislene Santos, kassara Farias, Thatiana Peixoto e Ana Carolina Santana Vieira, minha professora que me adotou desde a graduação e se tornou minha amiga. Agradeço também às minhas amigas Dayana Ferreira, Sara Terto e Maria Daniela Soares, que são minhas irmãs em Cristo, que oraram por mim e nos aproximamos cada vez mais de Deus. A amizade é um dom de Deus para nós e agradeço a Ele pelos tesouros que todos vocês são em minha vida.

Quero agradecer a todos que foram parte fundamental nesta pesquisa, principalmente a equipe de enfermagem da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, que me ajudaram a captar as mães e a terapeuta ocupacional Gleiciane Oliveira Faustino que me ajudou a implementar as intervenções terapêuticas e cedeu seus materiais de costura, móveis e croché, para que a assistência às mães acontecesse da melhor forma possível. Agradeço às famílias que concordaram em participar da pesquisa, vocês foram essenciais para a concretização deste resultado. A minha orientadora Ingrid Martins Leite Lúcio, que na excelência do exercício da sua profissão, me acolheu, demonstrou empatia e interesse em orientar minha pesquisa, me ajudando a evoluir gradativamente.

Não posso deixar de agradecer a Cátia Barros Lisboa, Bruna Lima da Silveira, Mirelle Alessandra Silva de Medeiros e Anne Laura Costa Ferreira, que me deram conselhos valiosos, orientações para a pesquisa e acolhimento dos pais, bem como estiveram disponíveis para me ajudar, minha sincera gratidão a vocês. Ademais, não iria caber aqui o nome de todas as enfermeiras, técnicas de enfermagem e professoras que tive o prazer de conhecer e também corro o risco de esquecer o nome de alguém, mas todas vocês tem um lugar especial em meu coração.

Ainda, quero agradecer a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas - FAPAL, pelo auxílio financeiro, que foi essencial para me manter no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENF/UFAL), de modo que consegui concluir minha pesquisa com maestria.

Gratidão também ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (AISCA) da Escola de Enfermagem, pois o compartilhamento de saberes, trocas de experiência e ensinamentos contribuíram sobremaneira para a minha pesquisa e para a minha formação. Por fim, agradeço a todos que contribuíram de modo direto ou indireto para a realização e a conclusão da minha pesquisa.

Grandes coisas fez o Senhor por nós, e, por
isso, estamos alegres.
(Salmos 126:3)

RESUMO

O objeto de estudo desta dissertação é a vivência da transição pela família frente à prematuridade do filho/a na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal durante a primeira etapa do método canguru. Utiliza-se a teoria das transições de Afaf Meleis, para ancorar a investigação e o cuidado de enfermagem nesta etapa da vida, onde a família vivencia diante da prematuridade do filho/a múltiplas, complexas e significativas mudanças. Estudos com enfoque na primeira etapa do método canguru merecem destaque e com teorias de enfermagem, somados à elevada taxa de prematuridade no Brasil. Assim, questionou-se: como a família vivencia a transição diante dessa separação precoce e prolongada do recém nascido pré-termo e como o método canguru na primeira etapa contribui para essa transição? Buscou-se então analisar a transição da família diante da prematuridade durante a primeira fase do método canguru na perspectiva da teoria das transições. Pesquisa qualitativa, descritiva baseada na teoria das transições de Afaf Meleis realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, serviço público de referência de Maceió, Alagoas, projeto aprovado com parecer: 6.390.020. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2023 a abril de 2024 com 14 famílias, sendo que apenas 1 pai participou da entrevista. Os encontros e entrevistas semiestruturadas ocorreram de acordo com a disponibilidade deles na unidade. As informações foram transcritas e analisadas tendo como base na análise de conteúdo e etapas do referencial teórico. Como resultados, a idade das mães variou de 19 a 42 anos, a maioria indicou ter 2º grau completo (ensino médio) (64,3%), apenas uma família reside em casa de taipa e uma mãe não possui um relacionamento afetivo com o pai do bebê. Cerca de 78,6% das mães possuem uma união consensual e 14,3% são casadas, quanto ao trabalho 28,6% das mães afirmaram que trabalhavam e 21,4% relataram que planejaram a gravidez. Em relação aos padrões de transição das famílias foram múltiplos e simultâneos, pois estavam interligados e todas as alterações citadas modificaram a condição de vida das famílias interferindo nos papéis pessoais, familiares, sociais e/ou profissionais, demandando uma readaptação. Aponta-se como benefícios da utilização da teoria: a operacionalização de intervenções positivas e efetivas; promoção do cuidado dentro do cenário materno-infantil, especialmente ao prematuro, refletindo assim na qualidade do cuidado. Também possibilitou a correlação e o envolvimento de conhecimento teórico e prático, onde as ações dos enfermeiros passam a ter um enfoque renovado do cuidado, reafirmação de teorias já aplicadas e o estímulo para a criação de novas. É essencial para a evolução e o desenvolvimento do conhecimento teórico-científico, reflexões filosóficas e teórico metodológicas para inovar a área da enfermagem e da saúde.

Descritores: Prematuridade. Método canguru. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Teoria de enfermagem. Relações Pais-Filho.

ABSTRACT

The object of study of this dissertation is the family's experience of transition in the face of their child's prematurity in the Neonatal Intensive Care Unit during the first stage of the kangaroo method. Afaf Meleis' theory of transitions is used to anchor research and nursing care at this stage of life, where the family experiences multiple, complex and significant changes in the face of their child's prematurity. Studies focusing on the first stage of the kangaroo method deserve attention and with nursing theories, in addition to the high rate of prematurity in Brazil. Thus, the question was: how does the family experience the transition in the face of this early and prolonged separation of the preterm newborn and how does the kangaroo method in the first stage contribute to this transition? We then sought to analyze the family's transition in the face of prematurity during the first phase of the kangaroo method from the perspective of transition theory. Qualitative, descriptive research based on Afaf Meleis' theory of transitions carried out in the Neonatal Intensive Care Unit, at the Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, public reference service in Maceió, Alagoas, project approved with opinion: 6,390,020. Data collection took place from December 2023 to April 2024 with 14 families, with only 1 father participating in the interview. The semi-structured meetings and interviews took place according to their availability in the unit. The information was transcribed and analyzed based on content analysis and stages of the theoretical framework. As a result, the age of the mothers ranged from 19 to 42 years, the majority indicated that they had completed 2nd degree (high school) (64.3%), only one family lives in a mud house and one mother does not have an emotional relationship with the baby's father. Around 78.6% of the mothers had a consensual union and 14.3% were married, regarding work, 28.6% of the mothers stated that they worked and 21.4% reported that they planned the pregnancy. In relation to families' transition patterns, they were multiple and simultaneous, as they were interconnected and all the changes mentioned modified the families' living conditions, interfering with their personal, family, social and/or professional roles, demanding readjustment. The benefits of using the theory are: the operationalization of positive and effective interventions; promotion of care within the maternal and child scenario, especially for premature babies, thus reflecting on the quality of care. It also enabled the correlation and involvement of theoretical and practical knowledge, where nurses' actions now have a renewed focus on care, reaffirmation of theories already applied and the stimulus for the creation of new ones. It is essential for the evolution and development of theoretical-scientific knowledge, philosophical and theoretical methodological reflections to innovate the area of nursing and health.

Descriptors: Prematurity. Kangaroo method. Neonatal Intensive Care Unit. Nursing theory. Parent-Child Relationships.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do tempo sobre as Políticas Públicas do Método Canguru.....	27
Figura 2 - Teoria das transições de Afaf Meleis.....	41
Figura 3 - A interligação dos tipos, condicionantes da transição e as intervenções terapêuticas de enfermagem.....	61
Figura 4 - Representantes da rede de apoio das famílias de recém-nascidos prematuros.....	73
Figura 5 - Diagrama com as principais ações destacadas com as famílias sobre a primeira etapa do Método Canguru.....	95
Figura 6 - Retratando o afeto das famílias na primeira etapa do método canguru.....	111
Figura 7 - Intervenção terapêutica com fotos da família nos chaveirinhos.....	112
Figura 8 - Chaveirinho do pezinho do recém-nascido.....	114
Figura 9 - Cartinha do recém-nascido para a mãe.....	115
Figura 10 - Intervenções terapêuticas de enfermagem aplicada para a família na fase do luto, com o recurso das cartinhas.....	115
Figura 11 - Intervenção terapêutica de enfermagem - caixinha da memória, em sua fase final.....	116
Figura 12 - Resultados da intervenção terapêutica com o feltro.....	118
Figura 13 - Bingo como intervenção terapêutica.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das famílias participantes quanto aos aspectos sociais, pessoais, étnicos e relacionados ao recém-nascido.....	46
Quadro 2 - Caracterização das famílias quanto ao histórico de pré-natal.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ALCON	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPC-LOAS	Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social
CS	Capurro Somático
CRIA	Programa Criança Alagoana (CRIA)
DUM	Data da Última Menstruação
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
EBP	Extremo Baixo Peso
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MC	Método Canguru
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização

PNI	Programa Nacional de Imunização
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascidos
RNBP	Recém-nascido Baixo Peso
RNPT	Recém-nascido Prematuro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO	20
3. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 História do Método Canguru	21
3.2 Método Canguru no contexto das Políticas públicas	25
3.3 A transição na primeira etapa do método canguru, a enfermagem e a família	32
4. MÉTODO	35
4.1 Tipo de Estudo	35
4.2 Cenário	35
4.3 Participantes	36
4.4 Critérios de inclusão e de exclusão	36
4.5 Aproximação com as participantes	36
4.6 Produção de Informações	37
4.7 Análise dos dados	39
4.8 Referencial teórico	40
4.9 Riscos e benefícios	43
4.10 Aspectos éticos e legais	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 Apresentação das participantes	48
5.2 Transições vivenciadas pelas famílias	51
5.2.1 Natureza das transições	51
5.2.2 Condicionantes facilitadores e inibidores da transição	62
5.2.2.1 Condições pessoais	62
5.2.2.2 Condições sociais	71
5.2.2.3 Condições da comunidade	83
5.3 Padrões de resposta	99
5.3.1 Indicadores de processo	99
5.3.2 Indicadores de resultados	106
5.4 Intervenções terapêuticas de enfermagem	108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA FAMILIARES (PAI/MÃE)	138
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	142
APÊNDICE C – OBSERVAÇÃO NÃO ESTRUTURADA DAS FAMÍLIAS DURANTE AS VISITAS A UTIN	145
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	146
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO E USO DE IMAGEM	153

1. INTRODUÇÃO

Apresenta-se como objeto de estudo desta dissertação a vivência da transição pela família frente a prematuridade do filho/a na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) durante a primeira etapa do método canguru. A escolha pelo tema e a motivação ocorreu devido a experiência vivida pela pesquisadora durante o estágio supervisionado da graduação na UTIN. Já a escolha pela teoria adotada, considerada de médio alcance na enfermagem, ocorreu durante a disciplina de Bases Teórico-filosóficas do Cuidado em Saúde e em Enfermagem, componente obrigatório do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, por ter um sentido mais limitado e um menor poder de abstração, e subsidiar a investigação e cuidado de enfermagem nesta etapa da vida.

A prematuridade é definida como todo nascimento que acontece antes da 37ª semana de gestação, podendo ser classificada quanto a Idade Gestacional (IG) em: extrema (< 28 semanas), severa (de 28 a menos de 32 semanas) e moderada a tardia (de 32 a < 37 semanas). Apresenta relação direta com a morbimortalidade infantil, relevante questão de saúde pública para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, ainda com taxas elevadas nas últimas décadas (Martinelli *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2021).

Nascimento e colaboradores (2021) trazem que 15 milhões de recém-nascidos (RN) nasceram prematuramente, representando uma incidência mundial de 11,1% dos nascimentos, nos últimos anos. Já o Brasil foi considerado o décimo país com maior número de casos de prematuridade. Diversos fatores de risco contribuem para este dado como: malformações uterinas, tabagismo, uso de drogas, traumas, ausência de pré-natal, gestações precoces de adolescentes ou tardias em mulheres com mais de 40 anos. Este panorama continua desafiador incluindo a família e as mudanças em sua dinâmica, mediante as necessidades peculiares do recém-nascido prematuro (RNPT) e sua vida extrauterina e adaptação ao suporte de cuidados neonatais, tecnológicos e humanos (Zani; Alvim, 2017).

Nascimentos prematuros levam também a mães prematuras, pois tanto a gestação física quanto a psíquica é interrompida, provocando pânico e urgência, e as mães passam a buscar um motivo, uma explicação e significação do ocorrido. Desse modo, o parto prematuro suspende o processo de construção do bebê imaginário pelos pais e faz com que eles se deparem com o bebê real e suas características e necessidades. Além de lidarem com esta condição, também se deparam com as demandas do processo de internação e por vezes,

distanciamento do filho, pois existe ainda o risco iminente de morte (Almeida; Goldstein, 2022).

A despeito da idealização do bebê, os pais desejam uma criança saudável, sem deficiências, e criam expectativas, pois sua chegada é considerada como a imortalidade da “linhagem”, assegurando a realização do que os pais sonharam e não conseguiram realizar. Esse momento exige uma série de tomadas de decisão que, geralmente, a família não amadureceu para enfrentamento. Em razão disso, a constatação de que o filho possui alguma necessidade especial ou, no caso é prematuro, representa para os pais a perda do filho idealizado e eles precisam ressignificar o que foi idealizado e investir no bebê que acabou de nascer, por meio de carinho, cuidado integral e convivência, que irão se desenvolver gradativamente no cotidiano dessa relação (Martins; Silva, 2020; Zani; Alvim, 2017).

Esse momento complexo também é cercado por sentimentos e emoções intensas, que se agravam quando a mãe é afastada fisicamente do filho logo após o seu nascimento. Dessa maneira, além de se preocupar com a própria recuperação do parto, a família passa a enfrentar medo, tristeza, estresse, insegurança e sentimento de culpa pela sua hospitalização. Essa separação gera uma interrupção na regularidade da vida da família, como também pode interferir na formação de laços afetivos e provocar um distanciamento entre os pais e o bebê, e consequentemente prejudicar o seu desenvolvimento global (Zani; Alvim, 2017).

Para ancorar as necessidades de atenção à saúde neste período, têm-se o Método Canguru (MC), uma política nacional de saúde e do modelo de assistência neonatal, que impacta positivamente os resultados neonatais e a qualidade de vida dos RNPT e de sua família, pautada em princípios da atenção humanizada, integral e segura. Estrutura-se em três etapas, e nesta pesquisa, foca-se na primeira, envolvendo a necessidade de permanência do RNPT na UTIN e UCINCo. Nesta etapa deve existir uma maior preocupação em facilitar a aproximação da família com o RN, auxiliando o processo de interação e a formação de vínculos. Também é recomendada a posição canguru o mais precoce possível e a participação da dupla parental na rotina de cuidados neonatais (Luz *et al.*, 2022; Brasil, 2019).

O método canguru também propõe a utilização de tecnologias leves, uma vez que envolve as relações do tipo produção de vínculo, no encontro entre o profissional de saúde e o usuário-paciente, ou seja, ela consiste na atuação de um sujeito sobre o outro, proporcionando momentos de fala, de escuta e de interpretações, que podem criar momentos de confiança e de esperança, gerando um relacionamento de cuidado e de aceitação. Assim, a teoria das transições se encaixa nessa temática porque ela descreve, compreende, interpreta e/ou explica

fenômenos específicos da enfermagem originados da prática (Henning; Gomes; Morsch, 2010; Lima *et al.*, 2016).

Para que as potencialidades do MC sejam efetivas, os profissionais de saúde precisam ter conhecimento, segurança, ambiência adequada, como também rotinas que valorizem a promoção do cuidado humanizado. A equipe de enfermagem nessas unidades deve proporcionar a minimização da separação dessa família, criando um ambiente receptivo e acolhedor, sensibilizando os pais sobre a importância de sua permanência na unidade e promoção do vínculo efetivo. Para tanto, considerar a família como unidade de cuidado e suas necessidades, é primordial para que possam planejar e promover assistência eficaz, de acordo com as singularidades de cada caso (Nascimento *et al.*, 2021; Luz *et al.*, 2022).

As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças na pessoa ou no ambiente, marcada pela imprevisibilidade de um evento e/ou mudança e períodos de instabilidade. Quando vivida pela família diante da prematuridade do(a) filho/a é acompanhada por múltiplas, complexas e significativas mudanças, como o afastamento entre a família e o bebê, sua permanência em um ambiente cercado de tecnologia duras, desconhecimento sobre o que ocorre com ele, dentre outras questões. Mudanças podem provocar problemas psicossociais e respostas emocionais, e consequentemente a transição, e a partir do momento que passa a interferir na saúde, se torna uma área de atenção dos enfermeiros (Silva *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a Teoria das Transições de Afaf Meleis aplica-se ao contexto do estudo e pode fornecer orientações para o cuidado de enfermagem, visto que fornece uma visão abrangente sobre a natureza, o tipo, condições de transição e os padrões de resposta. A transição tem início quando o indivíduo adquire consciência da mudança, caracterizando-se como um momento dinâmico e fluido, que irá terminar quando a pessoa integra os novos papéis, desenvolve as competências necessárias, atingindo o sentimento de bem-estar e/ou adquirindo qualidade de vida (Silva *et al.*, 2017).

A justificativa pelo recorte da problemática na primeira etapa do MC ocorreu devido à escassez de estudos nesse período, ancoradas com teorias de enfermagem, pois as publicações em sua maioria concentram-se na segunda etapa e/ou também apontam ainda para os desafios da terceira etapa, que envolve o seguimento ambulatorial e a integralidade do cuidado em outras instâncias da rede dos serviços de saúde.

Além disso, constatou-se uma alta taxa de prematuridade em Alagoas, em que pelos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), provenientes do TABNET foi relatado que no ano de 2023 foram registrados 5.549 nascimentos pré-termo

(Ministério da Saúde, 2024). Diante do exposto, busca-se responder às seguintes questões de pesquisa: como a família vivencia a transição diante dessa separação precoce e prolongada do RNPT? E como o método canguru na primeira etapa contribui para essa transição?

Situações e contexto de cuidado envolvem a transição e esta influencia a prática profissional do enfermeiro, visto que o orienta a descrever as necessidades dos indivíduos durante esse processo, por meio de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados. Consequentemente, com a conscientização do profissional, ao perceber a compreensão do indivíduo na vivência transicional, surge o cuidado transicional (Lima *et al.*, 2016). Por isso, a relevância do estudo também consiste no fato de ser necessário que os enfermeiros compreendam o processo de transição na perspectiva dessas famílias, pois como reconhecedor do sentido da transição e do estado de vulnerabilidade, pode orientar a pessoa em direção a uma transição saudável e bem sucedida.

Por conseguinte, a pesquisa também aponta para a colaboração da formação e atuação profissional dos enfermeiros nos campos da teoria, pesquisa e cuidado, incentivando a incorporação de novas ideias e inovações tecnológicas, que são capazes de potencializar a prática profissional do enfermeiro em suas diferentes dimensões. Logo, com o envolvimento de conhecimento teórico e prático, as ações dos enfermeiros terão um enfoque renovado do cuidado, reafirmação de teorias já aplicadas e o estímulo para a criação de novas. Desse modo, contribui para a evolução e o desenvolvimento do conhecimento teórico-científico próprios da enfermagem, reflexões filosóficas e teórico metodológicas para inovar a área da enfermagem e da saúde.

2. OBJETIVO

Analisar a transição da família diante da prematuridade durante a primeira fase do método canguru na perspectiva da teoria das transições.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História do Método Canguru

O Método Canguru (MC) surgiu em 1978, na cidade de Bogotá (Colômbia), por meio dos neonatologistas do Hospital San Juan de Dios - Instituto Médico Infantil (IMI), Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez. Ao constatarem o problema com a falta de incubadoras para atender a demanda de recém-nascidos pré-termo ou baixo peso (RNPT/ RNBP), eles deram início a uma grande transformação no hospital, propondo que colocassem esses recém-nascidos (RN) em contato pele a pele com as suas mães. Essa ação tinha como objetivos diminuir a mortalidade e mantê-los aquecidos, solucionando o problema de superlotação das UTINs, pois era colocado de dois a três prematuros na mesma incubadora (Costa, 2018; Santos; Filho, 2016).

Para chegar a esse resultado, eles observaram os marsupiais (canguru) que nascem prematuros e permanecem na bolsa da mãe até atingir a maturidade fisiológica, bem como analisaram a forma como as índias colombianas carregavam os seus bebês. Apesar desse método ter ficado conhecido na época como uma alternativa para os países subdesenvolvidos, onde os recursos neonatais eram limitados, foi observado uma melhora significativa do quadro clínico daqueles que utilizavam o MC (Costa, 2018; Santos; Filho, 2016).

Diante disso, Martinez e Sanabria criaram o “Programa Mãe-Canguru”, que revolucionou a forma de cuidar dos RNBP ao possibilitar um crescimento saudável e com melhor qualidade de vida. Esse programa estabelece o contato pele a pele precoce com a mãe e com o pai, pelo tempo que ambos se sentirem confortáveis e entenderem que está sendo prazeroso, e esse processo está baseado em critério de elegibilidade clínico e emocional, tanto para o bebê quanto para os pais, e é acompanhado pelo suporte de uma equipe de saúde capacitada e treinada para o MC (Brasil, 2010).

O MC é considerado um modelo de assistência perinatal cuja finalidade é proporcionar o cuidado humanizado ao bebê mediante o contato pele a pele, gerando uma aproximação entre a família e o RN, como também entre a família e a equipe multidisciplinar, à medida que incentiva a participação no cuidado diário, diminuindo a ansiedade e a preocupação. Potencializa a qualidade de vida e sobrevivência orgânica dos prematuros, pois aumenta a relação entre a puérpera e o RN, promovendo calor humano, amor, estímulo ao aleitamento materno exclusivo (AME), reduz o contágio por infecção hospitalar, morbidade, mortalidade neonatal e o tempo de permanência no hospital (Santos; Pereira, 2018).

Dessa maneira, o MC é uma alternativa eficiente ao tratamento convencional que contribui para que a criança se adapte a vida extra uterina, além de ser uma estratégia que favorece o aleitamento materno (Santos; Pereira, 2018). Assim, é notório que o MC é mais do que uma alternativa para países de baixa renda, pois envolve múltiplas vantagens para o RNPT, visto que o contato pele a pele tranquiliza o bebê e a mãe, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e a respiração do neonato, diminui o choro, o estresse da criança e o mantém aquecido. Também não objetiva economizar os recursos técnicos e humanos, mas aperfeiçoar a atenção perinatal (Lamy *et al.*, 2017).

Destaca-se que a enfermagem tem papel fundamental nesse processo, uma vez que se aproxima da família e dos cuidados, melhorando a comunicação multidisciplinar ao esclarecer dúvidas e informações sobre o método, auxiliando o aprendizado e a autonomia, de modo que a família compreenda sua importância (Santos; Pereira, 2018). Todavia, surgiram adeptos, opositores e questionadores sobre as vantagens que apresenta e, conseqüentemente, várias pesquisas foram realizadas, sendo possível ratificar a sua eficiência. Assim, diversos países se viram preocupados e responsáveis com os altos índices de mortalidade neonatal e passaram a utilizá-lo (Instituto de Saúde, 2015).

O Brasil foi o primeiro país a adotá-lo como política pública, com início no Hospital Estadual Guilherme Álvaro, em Santos (SP), desde 1991, em uma pequena enfermaria para alojamento mãe-bebê. Ainda, na década de 1990, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) em Recife, também passou a implementá-lo e em 1997 foi um dos finalistas com o projeto “Enfermaria Canguru”, do concurso de projetos sociais “Gestão Pública e Cidadania” (Instituto de Saúde, 2015; Santos; Filho, 2016; Costa, 2018).

Em março de 1999, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) organizou e sediou em seu auditório, no Rio de Janeiro, a “1ª Conferência Nacional Mãe Canguru”, em que foram apresentadas as experiências sobre a utilização do método nos diferentes estados brasileiros. Posteriormente no ano 2000, nos dias 17 a 19 de maio ocorreu o primeiro curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, promovido pelo Ministério da Saúde e direcionado aos profissionais dos Centros de Referência Nacional (Instituto de Saúde, 2015).

Ademais, normas, protocolos e diversos processos de capacitação em diferentes regiões do país foram instituídos para fortalecê-lo, conseqüentemente o Brasil foi o primeiro país a padronizar os procedimentos em três etapas (Vieira *et al.*, 2020). Dentre elas, pode-se explicar que: a primeira fase se inicia nas unidades neonatais (UTIN e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCo), a segunda, segue para a Unidade de

Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa e, posteriormente, a terceira, após a alta hospitalar nos ambulatorios de seguimento (canguru domiciliar). Essas etapas e as orientações para a implantação do método canguru estão presentes na portaria de nº 1.683 de 2007 que é destinada a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Brasil, 2007).

Destaca-se a primeira etapa no âmbito da UTIN, como foco desta pesquisa, mesmo que o MC pressuponha uma continuidade de cuidados e uma etapa fortaleça a outra. A primeira etapa do MC compreende o período que se inicia no pré-natal da gestação de risco para o nascimento da criança com necessidade de cuidados intensivos neonatais, seguido da internação do RNPT na Unidade Neonatal (UN), nessa fase a equipe deve garantir a realização de algumas ações, como:

- Acolher os pais e a família na unidade neonatal;
- Esclarecer as condições de saúde do RN, dos cuidados dispensados, das rotinas, do funcionamento da unidade neonatal e sobre a equipe;
- Estimular o acesso livre e precoce dos pais à UN, sem restrições de horário;
- Permitir, sempre que possível, o contato da família com o RN;
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe profissional de saúde do local de internação do RN;
- Orientar e oferecer suporte para a amamentação;
- Estimular a aproximação e interação entre a família e o(a) filho(a) nos cuidados desenvolvidos com o RN;
- Iniciar o contato pele a pele (posição canguru) entre a mãe/pai e o RN, assim que ambos se mostrarem disponíveis e a criança apresentar estabilidade clínica;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do filho e demonstrar continuamente as suas competências;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos na UN, como: odores, ruídos e luzes;
- Garantir ao RNPT medidas de proteção do estresse e da dor, por exemplo: permitindo descanso e sono e utilizando medidas não farmacológicas de controle da dor;
- Adequar o cuidado, manejos e manuseios, de acordo com as necessidades individuais comunicadas pela criança;
- Utilizar posicionamento adequado do RN, favorecendo seu desenvolvimento;
- Garantir assento (cadeira) adequado para a permanência da mãe ao lado de seu RN;
- Realizar discussões em equipe sobre o estado clínico e indicações de intervenções para cada um dos recém-nascidos;

- Assegurar à mãe, que retorna ao domicílio, as seguintes condições:
 - Vinda diária ao hospital, a fim de manter contato com o seu filho e receber apoio e orientação na extração do leite.
 - Se possível, auxílio para passagem em transporte coletivo.
 - Refeições durante sua permanência no hospital.
 - Espaço adequado que permita descanso, que sirva para atividades recreativas e de congaçamento com a equipe de Saúde e demais famílias.
- Avaliar e orientar o acesso de familiares em momentos de intercorrências clínicas;
- Quando houver RNs destinados à adoção, a equipe deve promover atividades próprias de “Maternagem” e de “Paternagem” durante toda a rotina de cuidados na UN (Lamy *et al.*, 2017; Ministério da Saúde, 2019).

A partir do exposto, entende-se que as UN não são apenas um local onde se cuida do corpo físico, mas também onde se observa o bem-estar emocional do RN, seus familiares e equipe cuidadora, e o método canguru é uma estratégia essencial que acompanha o binômio mãe-filho, propiciando a promoção da saúde (Santos; Pereira, 2018; Lamy *et al.*, 2017). Além disso, proporciona o fortalecimento do vínculo afetivo, porque beneficia a criação de um ambiente onde os responsáveis pelo RNPT se tornam mais conscientes em relação às necessidades dos seus filhos e gradativamente desenvolvem um cuidado sensível (Vieira *et al.*, 2020).

Entretanto, o cenário hospitalar apresenta inúmeras diferenças entre o útero materno e a UN, como: a intensidade da iluminação, dos sons; o ritmo de procedimentos, na maioria das vezes dolorosos e a sobrecarga dos estímulos sensoriais (táteis, proprioceptivos, vestibulares, auditivos e visuais) que podem agravar as condições do bebê. Esses fatores dificultam a adaptação do RNPT ao ambiente externo, que podem ocasionar disfunções no sistema respiratório e neuropsicomotor (Coelho; Junior, 2019).

Nesse sentido, algumas iniciativas de humanização, que consistem em ações capazes de conciliar os cuidados em saúde, a tecnologia, o respeito ao paciente e à família, foram implantadas no ambiente hospitalar, com o intuito de melhorar o estado do RNPT. Dessa maneira, o Ministério da Saúde aprovou a norma que promove a atenção humanizada ao RN de baixo peso, chamada de Método Canguru, por meio da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000 (Coelho; Junior, 2019).

3.2 Método Canguru no contexto das Políticas públicas

O campo das políticas públicas é a principal ferramenta de atuação do Estado na sociedade, podendo ser de vários tipos, assumir diferentes escopos e horizontes temporais, mas elas possuem um aspecto comum, a complexidade do processo de decisão para a concretização dos seus efeitos. O ciclo de políticas é uma simplificação forçada do complexo processo de políticas, o qual é utilizado para impor ordem, nesse processo, problemas são identificados, definidos e inseridos na agenda governamental para solução, que pode seguir critérios de racionalidade, incrementalismo ou uma combinação de ambos (Batista; Domingos; Vieira, 2021).

Diante disso, o século XX foi marcado por uma nova função do Estado: a promoção do bem-estar social, enquanto que anteriormente seu papel era manter a segurança interna e preservar a propriedade privada (Oliveira, 2015 *apud* Tude, 2010). Assim, em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cuja finalidade era melhorar as condições de saúde de mulheres e crianças, a cobertura e a resolutividade dos serviços públicos de saúde (Kornijezuk, 2015).

Contudo, no ano seguinte o programa deu lugar a outros dois que funcionam de forma integrada, um destinado a saúde da mulher, que passou a ser chamado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e outro voltado à saúde da criança denominado como: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Kornijezuk, 2015).

O PAISC tem uma concepção baseada em oferta de técnicas, insumos e procedimentos padronizados para os agravos mais frequentes, com ações eficientes e de baixo custo. Seu objetivo consistia em reduzir a morbimortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos e modificar a visão dos profissionais que estão voltadas apenas para as doenças, de modo que avaliassem a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento. Ao PAISC compreende a prevenção e manejo do RNBP, assistência ao RN, controle das infecções respiratórias agudas (IRA), crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e intoxicações e controle das diarreias e desidratação (Pinto *et al.*, 2016; Oliveira, 2015).

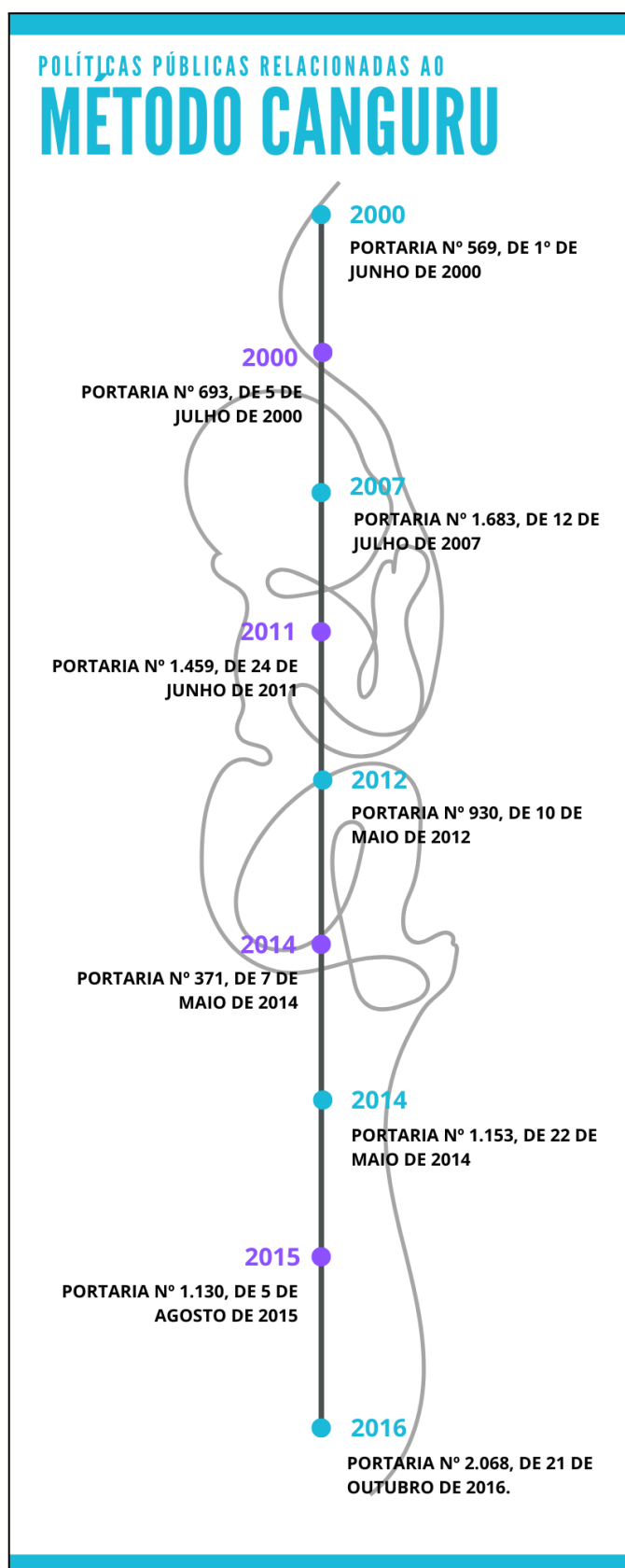
Já o PAISM, as ações estão focalizadas na saúde da mulher e as principais ações foram: doenças sexualmente transmissíveis; planejamento familiar; a assistência pré-natal; promoção ao parto normal; assistência ao parto e puerpério; prevenção da mortalidade materna e controle do câncer ginecológico e mamário (Oliveira, 2015). Assim, mediante as ações preconizadas desses dois programas surgiram: a Atenção Integrada às Doenças

Prevalentes na Infância (AIDPI), o Programa Nacional de Imunização (PNI), as estratégias de valorização do Aleitamento Materno, a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC) e o Projeto Mãe Canguru (Pinto *et al.*, 2016).

Dessa forma, com o lançamento da IHAC, em 1991, nos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), foi possível responder a Declaração de Innocenti de 1990, assegurando a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar. O Brasil foi um dos países selecionados para iniciar a IHAC e se comprometeu a realizar os dez passos da amamentação e tornar uma realidade nas instituições de atenção ao parto e nascimento, uma vez que as diretrizes da IHAC envolvem o cuidado à mulher e aos RNs em unidades neonatais. Além disso, suas ações de integração se estendem a rede assistencial, desde o pré-natal até o acompanhamento ambulatorial da criança (Lamounier *et al.*, 2019).

Nesse contexto, percebe-se que as ações do Estado se voltaram para o bem-estar social, permitindo que a saúde da criança ganhasse uma maior atenção e no ano 2000 a taxa de mortalidade infantil foi um dos objetivos do milênio no plano de ação da ONU. A mortalidade infantil é definida pela OMS como a probabilidade de morte antes de um ano de idade e é um indicador de saúde que revela a qualidade de vida e dos serviços de saúde prestados à população materno-infantil. Além disso, pode indicar para uma população os níveis de desenvolvimento social, econômico e de saúde (Oliveira, 2015; Pereira *et al.*, 2021). Assim, com o intuito de facilitar o entendimento das políticas públicas direcionadas ao método canguru, foi construída uma linha do tempo, conforme figura 1, retratando as principais portarias.

Figura 1 - Linha do tempo sobre as Políticas Públicas do Método Canguru.



Fonte: Autora, 2024.

Dentre as principais políticas públicas relacionadas ao método canguru tem-se a Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000, a qual instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir desse programa o conceito de humanização foi estabelecido. No entanto, ela foi concebida como um programa de saúde e essa portaria limitava-se a um público restrito como: mulheres e crianças, institucionalizadas em hospitais. Em seu artigo 5, parágrafo 2 e 3 tem as atribuições das secretarias de saúde dos Estados, do Distrito Federal e municipais, respectivamente. É possível destacar que é competência dessas secretarias monitorar o desempenho do programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual e municipal (Brasil, 2000a; Almeida *et al.*, 2019).

Posteriormente, surgiu a Portaria n° 693, de 5 de julho de 2000, que aprova a norma de orientação para a implantação do método canguru e promove a atenção humanizada ao RNBP. Essa portaria introduziu novas adaptações ao MC, com o fito de melhorar a eficiência e a eficácia da atenção, assim, esteve vigente por sete anos, mas no dia 12 de julho de 2007 foi revogada e atualizada pela Portaria n° 1.683. A partir desse momento, o método canguru passou a ser uma Política Nacional de Saúde, tornando-se um modelo de cuidado, o qual vem modificando a assistência neonatal, valorizando a individualidade e a atenção integral para cada bebê e sua família (Brasil, 2000b; Brasil, 2007; Instituto de Saúde, 2015).

Nessa perspectiva, essa política vai além de estimular a posição do bebê junto ao peito da mãe e/ou do pai, pois promove um conjunto de práticas de atenção neonatal humanizadas que, gradativamente foram consolidadas, mediante pesquisas científicas que demonstraram seus benefícios. A portaria n° 1.683 define o MC como um modelo de assistência perinatal voltado ao cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, em que o contato pele a pele começa de forma precoce com o toque e evolui até a posição canguru, a qual baseia-se em manter o RN de baixo peso na posição vertical junto ao peito dos pais. Também o MC melhora o aleitamento materno, é seguro e a mãe passa a ter mais facilidade em construir o papel materno (Ministério da Saúde, 2018; Brasil, 2007; Instituto de Saúde, 2015).

O método promove a participação dos genitores e da família nos cuidados neonatais, mas essa atenção adequada ao bebê deve começar durante o pré-natal, quando é possível identificar os RNs com risco de nascer prematuros e oferecer as informações necessárias para a família. Logo, a concretização desta política pública configura uma mudança de paradigma deste modelo de cuidado, que passa a ser realizado em três etapas, com ações integradas, visando o melhor desenvolvimento da criança. A primeira etapa inicia no pré-natal de alto

risco, tendo continuidade com a internação do RN na unidade neonatal, especificamente UTIN e UCINCO (Brasil, 2017; Aires, 2020).

Na segunda etapa o RN permanece junto com a mãe por 24 horas na UCINCa e a posição canguru é realizada na maior parte do tempo, essa fase funciona como um “estágio” pré-alta hospitalar, já a terceira etapa acontece após a alta e tanto a criança quanto a família são acompanhadas pela atenção primária e pelo hospital de referência. Nesse cenário, ainda era necessário que os RNPT tivessem acesso ao preconizado nas três etapas do MC, assim, na expectativa da valorização das boas práticas clínicas nos processos fisiológicos do parto, nascimento e as práticas adequadas do cuidado neonatal, houve a elaboração de uma política pública voltada para a qualificação e humanização do cuidado perinatal (Brasil, 2017; Aires, 2020).

Em virtude disso, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (RC), por meio da Portaria nº 1.459/GM, proporcionando a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. A Rede Cegonha assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável da criança, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, consequentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil. Ademais, tem como base os princípios do respeito, proteção, realização dos direitos humanos, garantindo a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2011; UNA-SUS, 2016).

A RC é organizada em quatro componentes que devem ser avaliados periodicamente, dentre eles tem-se: o pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Esses componentes permitem identificar áreas de progresso e deficiências na assistência ao parto e nascimento em determinadas regiões. Ressalta-se que essa política prevê a qualificação do atendimento da atenção primária no cuidado ao binômio mãe e bebê (Aires, 2020; Simões *et al.*, 2024).

Nesse contexto, surge a portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que foi o último marco legal, a qual definiu diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave. Apesar das portarias anteriores terem normatizado a concepção de Unidade Canguru para o cuidado dos RNs, a portaria nº 930, marcou o campo conceitual e operacional da atenção ao neonato, visto que regulamentou a 2ª etapa do MC no cenário do Cuidado Intermediário Neonatal. Assim, também se adotou uma linha de cuidados progressivos, buscando o uso racional dos leitos, de modo que os RNs

tenham acesso adequado ao nível de assistência, conforme sua condição clínica (Brasil, 2012; Miranda *et al.*, 2021).

O Método Canguru incorpora tecnologias simples e práticas humanizadas, como: controle de ruídos, de iluminação, climatização, garantia de informações da evolução dos RNs, no mínimo uma vez ao dia, garantia de livre acesso a mãe e ao pai, bem como a permanência de ambos e garantia de visitas programadas dos familiares. Ainda nessa portaria, as Unidade Neonatais são organizadas de acordo com as necessidades do cuidado, tendo a UTIN; a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: UCINCo e a UCINCa. Devido a esses elementos, é possível garantir a sobrevivência dos bebês e reduzir a mortalidade infantil (Brasil, 2012; Miranda *et al.*, 2021).

Dois anos depois foi publicada a Portaria nº 371, em 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN, no momento do nascimento no campo do SUS. Fica estabelecido que as mães em boas condições e o bebê com boa vitalidade ao nascer, ou seja, ritmo respiratório e tônus normal, sem líquido meconial, pode ir diretamente ao colo materno para o contato pele a pele imediato e contínuo, sendo posicionado sobre o tórax ou abdômen da mãe, conforme a vontade dela. Também é importante que durante a primeira hora de vida seja estimulado o aleitamento materno, exceto em casos de mães com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com o vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) (Brasil, 2014a).

Em vista disso, o Ministério da Saúde investe constantemente em políticas públicas e mediante a portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, os critérios de habilitação da IHAC tem se tornado efetivo, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. O aleitamento materno é um dos benefícios previstos pelo MC e o artigo 5 desta política assegura que os hospitais Amigos da Criança forneçam alta hospitalar responsável, contrarreferência na Atenção Básica, como também acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação. A portaria cria o código 14.16, em que os hospitais Amigos da Criança após o cumprimento dos critérios estabelecidos, poderão receber acréscimos de incremento financeiro aos procedimentos de assistência ao parto e ao RN em sala de parto (Brasil, 2014b; Stelmak, 2014).

Outrora, em Brasília (DF), no dia 21 de setembro de 2011 aconteceu a V Oficina Ampliada da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), cujo objetivo foi fortalecer o pacto interfederativo em relação às questões associadas aos cuidados com a infância. Ainda, esse mesmo evento constituiu-se como o I Encontro Nacional de Coordenadores de Atenção à Saúde da Criança, pois houve a representação de coordenadores

das secretarias de saúde de diversos estados e de suas capitais. Dessa maneira, esse encontro teve a finalidade de articular um fórum interfederativo de coordenadores de saúde da criança para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Pinto *et al.*, 2016).

Assim, sucederam-se uma série de Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança das 27 Unidades da Federação, por meio da plataforma UNIVERSUS, posteriormente em 2013, a proposta da PNAISC foi incorporada no planejamento da Secretaria de Atenção à Saúde. Em 5 de novembro de 2014, ela foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi publicada em 5 de agosto de 2015, pela portaria de nº 1.130, reunindo um conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes realidades (Pinto *et al.*, 2016; Oliveira, 2015).

Essa política tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados desde a gestação até os nove anos de vida, com atenção voltada para a primeira infância e para as populações de maior vulnerabilidade. Os princípios orientadores da PNAISC, como o direito à vida, humanização na atenção, prioridade absoluta da criança, integralidade do cuidado, entre outros, proporciona a compreensão da sua ligação com os pilares do método canguru. Além disso, a PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a intenção de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, a fim de efetivar medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento de uma infância saudável e harmoniosa (Brasil, 2015; Brasil, 2017).

Dentre as ações estratégicas estabelecidas no eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e RN, tem-se: a atenção humanizada ao RNPT e de baixo peso, com a utilização do MC e que deve haver a qualificação na rede de saúde materna, neonatal e infantil aos RNs graves ou potencialmente graves. Diante disso, as ações inseridas nesse eixo podem melhorar o acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, pois estabelece uma rede articulada de atenção, à medida que as ações do pré-natal e o acompanhamento da criança na atenção básica são integradas (Brasil, 2015).

Ainda, a portaria de nº 2.068 de 21 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União, institui as diretrizes para a atenção integral e humanizada à mulher e ao RN no Alojamento Conjunto (ALCON). Nesse âmbito, cabe à equipe multiprofissional promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, bem como orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, principalmente para os

bebês que possuem peso inferior a 2500g (Brasil, 2016). As portarias citadas ao longo do texto estão relacionadas ao MC e reflete o quanto o Brasil tem investido em políticas públicas na saúde da criança, visando a redução da morbimortalidade infantil, porém o processo é lento e precisa cada vez mais de subsídio econômico, capacitação dos profissionais da saúde e políticas de incentivo.

3.3 A transição na primeira etapa do método canguru, a enfermagem e a família

O MC é uma política que mudou o modelo da assistência neonatal no Brasil, e ampliou os cuidados prestados aos RNs ao incluir estratégias neuropsicoprotetoras e ao concentrar nas relações afetivas da família. Isso aconteceu porque identificou-se que o sucesso do tratamento de um RNPT internado não depende apenas de sua sobrevivência e alta hospitalar, mas também da construção de vínculos que irão assegurar o seu pertencimento familiar. Em virtude disso, destaca-se que o empoderamento parental dentro da unidade neonatal é fulcral, visto que a proximidade e intimidade com o filho irá fazer com que a família se sinta mais segura, sendo capaz de diminuir a ocorrência de problemas, que podem provocar o surgimento de doenças psicossomáticas e/ou mentais nas crianças (Lamy *et al.*, 2017).

Na primeira etapa do MC é recomendado o acesso precoce e livre dos pais na UTIN, porém este é um grande desafio para colocá-lo em prática, em decorrência de ser um ambiente de alta complexidade, com ampla aplicação das tecnologias duras, mas que precisa da participação direta da família nos cuidados e no prognóstico do RN. Além disso, as rotinas assistenciais do serviço entram em confronto com o processo de implantação da primeira etapa, por exemplo: a administração de medicamentos ou a realização dos diversos procedimentos diminuem os momentos de interação entre o RNPT e a família, consequentemente, isso pode desestimular o aleitamento materno e a participação no cuidado do bebê (Oliveira *et al.*, 2014).

Ademais, existe uma baixa adesão por parte dos profissionais para executar o atendimento humanizado ao RNPT e a família, como também há uma dificuldade em “aceitar o novo”, principalmente porque não há, na maioria das vezes, investimento dos hospitais para que o MC seja normalizado como regra. Nesse sentido, os profissionais não se sentem confortáveis ou cientificamente respaldados sobre o método para colocá-lo em prática, mas quando o acolhimento é ofertado adequadamente à família pelos profissionais da saúde, o medo, insegurança, sentimento de culpa pela prematuridade e dúvidas podem ser superados. O apoio e a atenção contínua contribuem para atenuar os níveis de estresse e cansaço

existentes nessa etapa, e ao aproximar os pais do RN há um menor risco de ocorrer negligência e/ou abandono (Oliveira *et al.*, 2014; Ramos *et al.*, 2022).

A prematuridade desempenha um papel significativo na vida destas crianças, portanto, compreender a importância do cuidado neste momento, por meio de tecnologias leves e duras é fundamental para reduzir a morbimortalidade neonatal, e para que esses bebês sobrevivam e melhorem a qualidade de vida. Todavia, o alto custo de internação, o longo período e o tratamento são desafios para a construção do vínculo familiar, bem como para estimular o aleitamento materno, pois a prematuridade acarreta estresse sobre a família, sendo que a transição começa com o distanciamento entre RN e a mãe. Nessa circunstância, existe a prevalência de sentimentos de incerteza, confusão, medo, tristeza e choque sobre a saúde do bebê, pois a idealização das mães sobre seus filhos é substituída pelo trauma das primeiras visitas à UTIN (Aires, 2020; Reis *et al.*, 2021).

Essa situação causa impactos fisiológicos, psicológicos e sociais, sendo necessária a aplicação de intervenções à situação, além de contínua sensibilização da equipe de saúde, em especial o enfermeiro que tem dupla função na UTIN: cuidar do RN prematuro e da família. Dentre as funções executadas pelo enfermeiro tem-se: acolher a família, realizar educação em saúde sobre os cuidados neonatais, informar sobre o estado de saúde do bebê e o tratamento, realizar escuta ativa e tirar as dúvidas. Nesse sentido, a aplicação do MC ajuda os pais a superar medos, as incertezas e a se apropriar do cuidado do(a) filho(a), pois os coloca em contato com a realidade de vida do prematuro, tornando-os corresponsáveis pelo processo de recuperação (Aires, 2020; Reis *et al.*, 2021; Ramos *et al.*, 2022).

Na primeira etapa do MC para que a família vivencie e adquira responsabilidade ao cuidar do seu filho, restaurando o vínculo e apego em um ambiente repleto de tecnologias duras, é preciso uma equipe multiprofissional de saúde e um processo de trabalho interdisciplinar na dinâmica do cuidado humanizado, pois o objetivo é impactar positivamente nos resultados neonatais e no futuro da criança. Para isso, a posição canguru, que é um movimento natural entre mãe e filho, promove uma sensação de pertencimento, visto que o bebê experimenta a sensação dos movimentos do corpo que ele já conhecia (Lamy *et al.*, 2017).

Contudo, durante esse encontro é importante a prática de alguns cuidados com a ambiência, pois deve haver um espaço físico organizado, calmo, sem ruídos estressantes, com baixa luminosidade que vão garantir a proteção sensorial e perceptiva da criança. Além disso, deve-se ter um cuidado especial em relação ao tempo mínimo, que é de duas horas, que o RN

tem que permanecer com a mãe ou com o pai, pois mudanças frequentes podem ser fator de estresse (Lamy *et al.*, 2017).

Assim sendo, a Teoria das Transições é útil para a compreensão das transições vivenciadas pela família na primeira etapa do método canguru. Desse modo, é possível potencializar a promoção de um cuidado de enfermagem integral e humanizado, e estimular a participação dos pais no contato precoce, no acolhimento, fortalecimento do vínculo e na realização dos cuidados neonatais, sendo abordada no método como referencial teórico-metodológico para esta pesquisa.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva que utiliza a teoria das transições de Afaf Meleis como referencial teórico, para analisar as transições da família no processo de cuidados envolvendo a primeira fase do método canguru.

A pesquisa qualitativa baseia-se na subjetividade que está relacionada ao aspecto do saber da ontologia: natureza da realidade, em que as experiências e percepções dos indivíduos são aspectos úteis e importantes para a pesquisa. A realidade é construída em conjunto entre pesquisador e pesquisado por meio de experiências individuais de cada sujeito, mas os pesquisadores entendem que não existe a neutralidade, pois estão influenciando e sendo influenciados. Dessa forma, é preciso estar atento quanto aos vieses que podem interferir no entendimento e interpretação dos dados e resultados da pesquisa (Patias; Hohendorff, 2019).

Adicionalmente, a pesquisa qualitativa é de natureza ontológica, em que se refere ao ser para abordar a constituição de conhecimentos sobre assuntos sociais e educacionais, assim ela tem um caráter polissêmico e o seu escopo é amplo e variado. O raciocínio ou a lógica deste tipo de pesquisa é a indutiva, pois o processo de condução, a metodologia, parte do específico, ou seja, das percepções dos sujeitos que participam da pesquisa para o geral (González, 2020; Patias; Hohendorff, 2019).

4.2 Cenário

A instituição escolhida foi o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, por tratar-se de um hospital-escola parceiro da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e por ser referência em procedimentos de alta complexidade em recém-nascidos, localizado no município de Maceió, em Alagoas. Ainda, como o objeto de estudo é o primeiro momento de transição vivenciado pela família diante da prematuridade, o cenário foi a UTIN e a UCINCo, pois é o local onde ocorre a primeira etapa do método canguru.

A UTIN possui 10 leitos de internação, mais dois leitos extras, voltados para os recém-nascidos, enquanto que a UCINCO possui 10 leitos, dentre os quais foram selecionados aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa, sendo

selecionadas as famílias que passaram primeiramente pela UTIN. Ademais, o HUPAA é referência para os municípios do interior do Estado.

4.3 Participantes

Para a realização da pesquisa foi realizada uma busca nos prontuários de recém-nascidos e famílias que atendessem aos critérios de inclusão, bem como apresentaram interesse e disponibilidade para participar da entrevista. A coleta de dados foi iniciada em dezembro de 2023 e finalizada em abril de 2024. Em decorrência do tempo médio de alta dos RNPT da UTIN, foi estimada uma quantidade de 15 famílias participantes, mas entraram um total de 14, visto que os dados obtidos se saturaram (Minayo, 2017).

4.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Inclusão:

- Famílias cujos responsáveis tenham idade superior à 18 anos;
- Famílias cujo (s) filho (s) foram admitidos devido a prematuridade na UTIN;
- Famílias que tenham capacidade para entender e responder às questões, estando fisicamente e mentalmente dispostas e interessadas em participar da entrevista.

Exclusão:

- Crianças que possuam algum tipo de deficiência.

4.5 Aproximação com as participantes

Antes mesmo dos primeiros contatos com as participantes, buscou-se estabelecer um período de imersão no cenário, para aproximação com o campo, assim, antes de iniciar o estudo, a pesquisadora fez o estágio docência na disciplina de intervenção de enfermagem no processo saúde – doença da criança e do adolescente, em que acompanhou os discentes durante a prática na unidade e isso favoreceu a construção de vínculo com os profissionais da unidade. Após o fim da monitoria e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foi obtida a autorização institucional para execução de pesquisa no HUPAA/UFAL.

Por conseguinte, foi solicitado o login e a senha para acessar a rede corporativa da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, com o intuito de poder consultar os prontuários dos recém-nascidos, para conhecer o histórico, se possuem comorbidades e para

identificar quais estariam dentro dos requisitos para a pesquisa. Assim, foi iniciada uma imersão no cenário, durante uma semana, para observar a rotina, verificar os prontuários e possibilitar ser notada pela família do RN.

Após o levantamento de dados dos bebês conforme os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas as famílias, depois disso a pesquisadora se apresentava e explicava a pesquisa e seu objetivo, concomitantemente foi perguntado se aceitavam participar, com a confirmação do convite, era feito um agendamento das entrevistas. Posteriormente, no dia marcado, a família se dirigia a uma sala reservada que ficava no mesmo andar da unidade neonatal e recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para manter a seguridade da família e liberdade de escolha em participar ou não.

No início da realização da entrevista foi apresentado o projeto, junto ao TCLE e o termo de autorização e uso de imagem (Anexo B), depois foram realizadas as perguntas sobre o histórico da família, histórico do pré-natal e as perguntas norteadoras da pesquisa, seguindo essa ordem a família se sentia à vontade para relatar o que vivenciou. Dentre os materiais necessários para a entrevista, foi utilizado um gravador de voz, um formulário elaborado pela autora (Apêndice B), com perguntas norteadas pelos aspectos da teoria das transições de Afaf Meleis e cadeiras disponíveis do próprio local.

Em relação às transcrições, a própria autora fez manualmente, adequando-as à norma culta da língua portuguesa. Ainda, depois da entrevista foi realizado um acompanhamento das famílias na unidade neonatal para observar a relação com o RNPT e com a equipe de enfermagem.

4.6 Produção de Informações

A produção das informações seguiu em três etapas, que foram detalhadas logo em seguida:

1º etapa - Análise de prontuários

A coleta de dados aconteceu inicialmente por meio da avaliação de dados presente no prontuário de cada paciente, como: dados pessoais [nome, nome da mãe, Idade gestacional (IG)], histórico familiar, histórico do pré-natal, comorbidades do RN e estado clínico do RN. Dessa forma, essa análise permitiu identificar se a família atendia os critérios de elegibilidade da pesquisa, e as que atenderam esse critério foram contactadas e explicada a pesquisa, seus objetivos e feito o convite para participarem do estudo.

2º etapa - Entrevista

Ao aceitar o convite, foi agendado previamente um momento com a família para a realização da entrevista, que foi feito de forma individual com cada família, visando um horário que fosse mais confortável. Ressalta-se que a entrevista foi realizada em uma sala reservada, com ambiente tranquilo, onde não houve exposição a outras pessoas. Posteriormente, solicitou-se a permissão para a coleta das informações através do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Quanto ao instrumento para a coleta dos dados, foi criado pela pesquisadora - Apêndice B, a fim de conhecer e caracterizar o perfil desta família, dentro de todo o contexto que ela vivenciou até o seu/sua filho(a) chegar a UTIN, as perguntas questionam sobre os dados socioepidemiológicos e sócio clínicos materno-infantil, informações sobre a gestação e nascimento e o histórico hospitalar da criança.

Após a coleta desses dados iniciais, seguiu-se com a entrevista semiestruturada com sete questões norteadoras:

Pergunta 1: Quais foram suas expectativas ao saber que seu filho seria prematuro?

Pergunta 2: Como foi a primeira visita na UTIN e as visitas subsequentes?

Pergunta 3: Fale sobre como foi se descobrir mãe de uma criança prematura?

Pergunta 4: Como ficou a sua vida no trabalho, em casa, com os amigos?

Pergunta 5: Você conhece/ já ouviu falar sobre o método canguru?

Pergunta 6: Para você, o nascimento prematuro influencia em como você se enxerga como mãe/pai?

Pergunta 7: Como é a sua interação com a equipe de enfermagem?

Cada entrevista teve duração de aproximadamente 20 a 40 minutos e as questões da entrevista semiestruturada foram norteadas pelas etapas descritas na teoria das transições de Afaf Meleis, que considera três domínios fundamentais para delimitar o processo de transição: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras da transição e os padrões de respostas, em que estão presentes os indicadores de processo e de resultado.

3º etapa - Observação estruturada

A pesquisadora observou as famílias durante as visitas à UTIN, conforme Apêndice C, o qual é um roteiro de acompanhamento que serviu como guia para analisar a relação entre a família e o RN, bem como a família e os profissionais de saúde.

1. Observar como a família é abordada pelos profissionais da saúde da UTIN e se houve algum desentendimento entre eles
2. Como é a interação entre a família e o RN?
 - a. Tem o toque entre família e RN
 - b. Os pais conversam com o bebê
 - c. Existe a aplicação do método canguru
3. Como ocorre a interação entre a família e os profissionais da enfermagem?

Para posterior análise dos dados, foi utilizado o diário de campo, o qual contém gestos e expressões pertinentes quanto ao dia vivenciado na unidade neonatal e a gravação da entrevista, em que foi obtida autorização prévia da participante. Apenas uma mãe não autorizou a gravação e o depoimento foi transcrito manualmente pela pesquisadora durante a entrevista. Esta etapa foi importante para assegurar a fidedignidade dos dados informados.

4.7 Análise dos dados

As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a interferência e a interpretação, as quais foram utilizadas para organizar os dados e análise das informações. A pré-análise é a fase da organização, que tem o objetivo de operacionalizar, ou seja, contribuir para a obtenção de um resultado pretendido e sistematizar as ideias iniciais para conduzir o plano de análise. Essa etapa possui três missões: escolher os documentos a serem analisados, que nesse caso são os prontuários; a formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 2016).

A exploração do material consiste em saber a razão pela qual se analisa e explicitá-la de modo que se possa saber como analisar. Vale citar que existe um elo entre os dados do formulário e a teoria das transições de Afaf Meleis. Assim, após as entrevistas e com todas as transcrições realizadas na íntegra, seguida de leitura flutuante, foi feita uma revisão de texto, com leituras sucessivas para observar a coesão, acentuação e questões ortográficas, possibilitando a exploração do material, que permitiu o recorte das falas que estão associadas às etapas das transições enfrentadas pelas famílias dos recém-nascidos prematuros.

Em relação aos resultados, eles foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais

condensam as informações fornecidas pela análise (Bardin, 2016). Contudo, por se tratar de uma pesquisa qualitativa após a seleção e agrupamento das falas, elas foram analisadas à luz da teoria das transições.

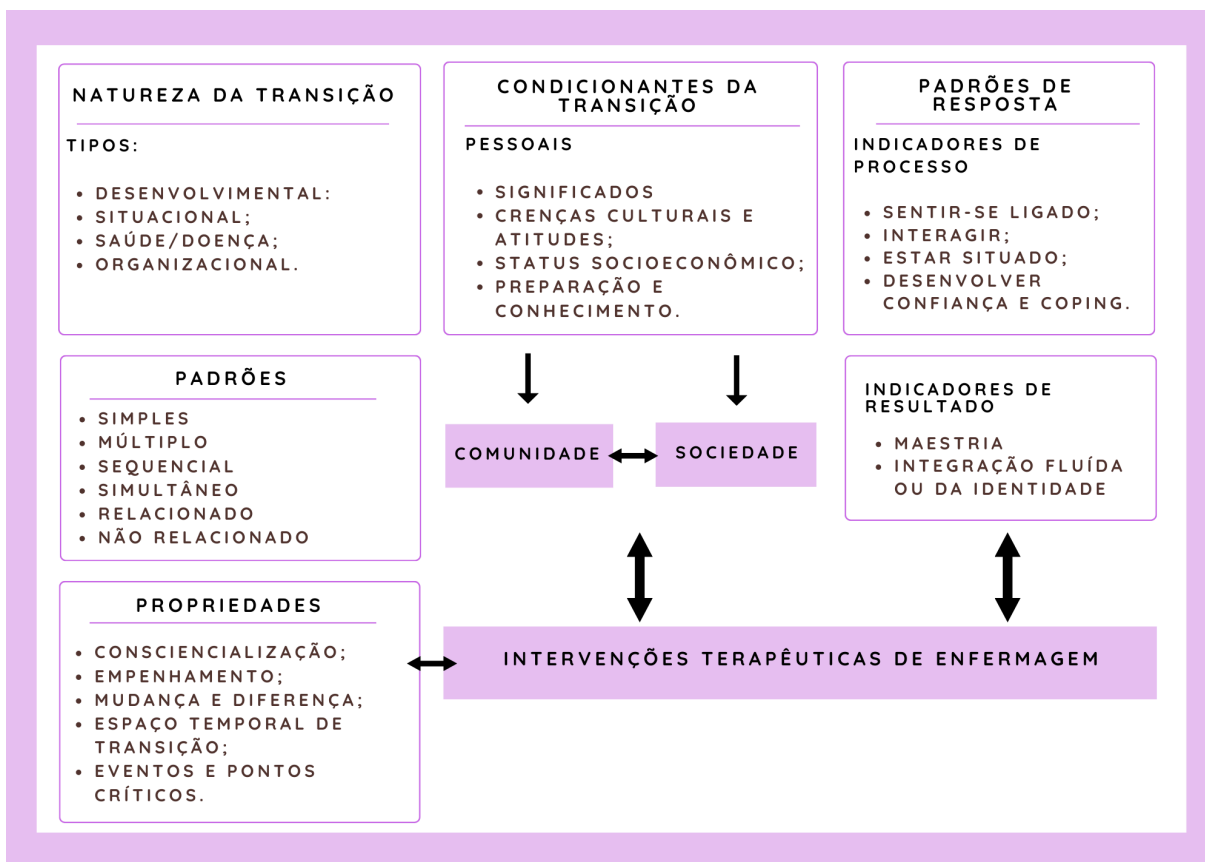
4.8 Referencial teórico

A teoria das transições exerce forte influência na enfermagem, pois a partir das intervenções de enfermagem, é aplicado um cuidado eficaz, frente às situações de mudanças na vida dos clientes. A teoria é o meio para orientar o exercício da enfermagem diante das mudanças, que é um processo desafiador, visto que cada pessoa possui suas particularidades e uma maneira diferente de lidar com as situações enfrentadas (Costa, 2016).

As transições resultam de mudanças e em mudanças, elas estão intimamente ligadas aos eventos do ciclo da vida e podem gerar modificações de comportamento e uma nova definição da família no contexto social. A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos e mude a definição de si mesma, pois elas indicam uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas e/ou habilidades. Nesse sentido, garantir uma transição com sucesso, durante a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença necessita de novos modos de cuidar e por meio de uma assistência de enfermagem eficiente, o desfecho dos resultados pode ser melhorado (Lima *et al.*, 2016; Gonçalves, 2021).

As transições não são vivenciadas de maneira uniforme mesmo quando as circunstâncias são semelhantes. Assim, Meleis identificou três categorias de transição: transições saudáveis que há o domínio de comportamentos, sentimentos e sinais associados aos novos papéis; transições insalubres ou ineficazes em que o indivíduo resiste às redefinições de significados da situação vivida e, insuficiência do papel que ocorre quando há dificuldade de desempenhar um papel, que o indivíduo acredita que descumpriu as suas obrigações (Costa, 2016).

A teoria das transições de Afaf Meleis considera três domínios fundamentais para o processo de transição: a natureza das transições, condicionantes da transição que podem ser facilitadoras e/ou inibidoras e os padrões de respostas, em que estão presentes os indicadores de processo e de resultado, como pode ser observado na figura 2.

Figura 2 - Teoria das transições de Afaf Meleis.

Fonte: Gonçalves, 2021 *apud* Meleis 2010: adaptado pela autora, 2024.

Quanto a sua natureza, as transições podem ser do tipo: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), de saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional). Em relação aos padrões, eles podem ser: simples ou múltiplos; sequencial ou simultâneos e estar relacionado ou não com as transições (Gonçalves, 2021).

Sobre as propriedades elas refletem a individualidade holística de cada pessoa, podendo apresentar: consciencialização (relacionada com percepção, conhecimento e identificação da experiência de transição); envolvimento (nível de envolvimento que a pessoa demonstra no processo de transição); mudança e diferença (sentir-se diferente, ser percebido como diferente); espaço temporal da transição (todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo) e eventos e pontos críticos (algumas transições estão associadas a um evento identificável que serve de referência, enquanto outras poderão não ser tão evidentes) (Cardoso, 2016).

Todas as transições envolvem mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição, que tem início com algum evento crítico que modifica a rotina, ideias e percepções, e esse período termina quando a harmonia e a estabilidade são novamente experimentadas (Costa, 2016). A família passa por diversas mudanças para se ajustar ao novo membro, enfrentando frequentemente um processo de transição, seja ele em relação a transição da gestação para a prematuridade; transição do nascimento para a UTIN; transição do primeiro toque da mãe com o RN; transição do afastamento entre a família e o bebê, que ficará na UTIN e esses fatores precisam ser identificados e acompanhados pelo enfermeiro (Costa, 2017).

Ainda, é essencial revelar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso da transição, para poder entender as experiências de cada indivíduo. Assim, dentre os condicionantes necessários e/ou desfavoráveis para alcançar uma transição saudável têm-se: os significados (podem ser neutros, positivos ou negativos e são atribuídos aos eventos que antecedem a transição); as crenças e atitudes culturais (influenciam a expressão de emoções relacionadas com a transição); o status socioeconômico; a preparação e o conhecimento. Além disso, tem a comunidade que funciona como um suporte familiar, de informação e de modelos, bem como tem a sociedade (Gonçalves, 2021; Costa, 2016).

O terceiro domínio consiste nos padrões de resposta, os quais possuem dois tipos: os indicadores de processo que apresenta o sentir-se ligado (seja à família e aos profissionais que orientam as pessoas, permitindo uma avaliação antecipada e intervenção de enfermagem); o interagir (com pessoas na mesma situação); estar situado e o desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão da necessidade de mudança. O segundo tipo de indicador é o de resultados em que se enquadra a maestria, ou seja, o domínio de novas competências e a integração fluida da identidade (Gonçalves, 2021).

A teoria de Afaf Meleis apresenta as transições como uma mudança na situação atual de saúde da pessoa ou nos relacionamentos, expectativas ou habilidades, podendo envolver mais de uma pessoa no contexto vivenciado. Nesse ínterim, a experiência das transições apresenta implicações para a prática profissional, exercendo forte influência na enfermagem, a partir do desenvolvimento de intervenções que promovem um cuidado eficaz na vida dos indivíduos. Assim, o enfermeiro facilita o processo de transição das situações de crise, procurando desenvolver os mecanismos de *coping* da família para que sejam capazes de gerir os estressores (Gonçalves, 2021; Costa, 2017).

A mudança da maternidade para a UTIN representa um momento importante da hospitalização para a família, pois os RNPT geralmente dependem de tecnologias e

dispositivos para a continuidade do cuidado, bem como de profissionais qualificados. A enfermagem tem o interesse e o cuidado com o processo e as experiências que o ser humano vivencia durante as situações de doença, para tornar essa passagem mais tranquila, até o momento que alcance a saúde e o bem-estar. Nesse contexto, o enfermeiro é fundamental para facilitar o processo de transição face a situações de crise, pois além da parentalidade, os familiares enfrentam uma situação de preocupação, ansiedade e tristeza, uma vez que os RNs encontram-se em uma situação de risco de vida (Gonçalves, 2021).

Então, a pesquisadora decidiu avaliar a transição experienciada pela família, à luz desta teoria, uma vez que ela está intimamente ligada aos eventos do ciclo vital, pois descreve, compreende e interpreta fenômenos e situações que envolvem mudanças na vida (Lima *et al.*, 2016). A transição requer que a pessoa reúna novos conhecimentos e mude a definição de si mesma e assim, a transição dessa separação entre a família e RNPT será relatada (Costa, 2017).

4.9 Riscos e benefícios

Referente aos riscos, a família poderia sentir-se desconfortável com relação a confidencialidade e privacidade de suas informações pessoais, podendo levá-las ao constrangimento. Diante disso, para minimizar essa preocupação, a pesquisadora utilizou durante toda a entrevista o acolhimento de forma prévia e a escuta atenciosa, na tentativa de trazer o máximo de conforto para o momento. Outro risco possível está relacionado a quebra do sigilo das informações coletadas, mas foi assegurado aos participantes a garantia do anonimato e do sigilo nesta pesquisa, pois as mesmas foram identificadas com o termo relacionado a pedras preciosas, pois cada família tem um valor singular, seja pela beleza, sabedoria e/ou personalidade.

Além disso, essas informações não permitem que os participantes sejam identificados, com exceção da pesquisadora. Ressalta-se também, que a família teve o direito de decidir encerrar a entrevista quando desejasse, caso o momento estivesse sendo desconfortável, respeitando assim o princípio da autonomia. Os benefícios, dizem respeito aos resultados encontrados nesta pesquisa, pois os mesmos possibilitaram a operacionalização de intervenções positivas e efetivas acerca da problemática exposta, da importância do cuidado dentro do cenário materno-infantil, especialmente ao prematuro, refletindo assim na qualidade da assistência, bem como haverá divulgação científica dos resultados encontrados.

4.10 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, cujo número do Parecer é: 6.390.020 e após a anuência do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, respeitando todos os aspectos éticos necessários. As famílias que aceitaram participar da pesquisa tiveram as informações necessárias sobre o desenvolvimento desta através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assinado em duas vias.

As entrevistas só foram iniciadas após o participante aceitar e concordar com as informações contidas no TCLE e, posteriormente, assinar. Os arquivos provenientes das produções das entrevistas, foram armazenados em um dispositivo local/pessoal da pesquisadora sem compartilhamento em nuvem, essas informações também foram protegidas por senha ao qual apenas a pesquisadora tem acesso.

Ressalta-se que preservou-se o anonimato e sigilo das participantes desta pesquisa, sendo adotado o termo “família”, seguido de uma referência das pedras preciosas, por exemplo “família safira”, assim cada família segundo a sua característica teve um nome de uma pedra preciosa para referenciá-la, de forma que ficou organizado para posterior análise dos dados.

Os riscos para esta pesquisa foram considerados mínimos e a família poderia interromper o procedimento da coleta dos dados em qualquer momento que achasse oportuno, ou em situações que a pesquisadora perceber qualquer desconforto dos participantes, ficando a critério deles retomar a entrevista em outro momento, ou não, respeitando a disponibilidade da família na rotina da unidade. Os benefícios citados neste projeto teve o intuito de ajudar e subsidiar o processo de enfermagem atrelado aos cuidados das famílias, favorecendo o acompanhamento e a continuidade do cuidado no método canguru e também posterior a ele, tendo como base os conceitos e as fases de transição de Afaf Meleis, na teoria das transições.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa envolveu 14 famílias, sendo que apenas 1 pai participou da entrevista, pois nas demais famílias, as mães informaram que eles estavam no trabalho e apenas no período da noite apareciam no hospital para ver o bebê. Deste modo, tem-se um total de 15 participantes, sendo 14 mães e 1 pai, a entrevista mais longa durou 40 minutos e 8 segundos e a mais curta 16 minutos e 33 segundos. Em relação a idade das mães, variou de 19 a 42 anos, quanto à escolaridade, a maioria indicou ter 2º grau completo, o qual corresponde ao ensino médio (64,3%), seguida do ensino superior incompleto (14,3%) e 9º ano completo (14,3%).

No quadro 1 foram elencadas a identificação das mães, quanto aos dados sociais (tipo de habitação que residem, relação afetiva com o companheiro, estado civil, trabalho e grau de escolaridade); os dados pessoais, que envolvem a religião; étnicos, como a raça e relacionados ao RN, se a gestação foi planejada, o tipo de parto e o motivo de internação. Em relação aos dados, apenas uma família reside em casa de taipa e apenas uma mãe não possui um relacionamento afetivo com o pai do bebê. Ainda, cerca de 78,6% das mães possuem uma união consensual, 14,3% são casadas e 7,1% são solteiras, quanto ao trabalho 28,6% das mães afirmaram que trabalhavam e 21,4% relataram que planejaram a gravidez.

Quadro 1 - Caracterização das famílias participantes quanto aos aspectos sociais, pessoais, étnicos e relacionados ao recém-nascido.

Identificação	Casa	Relacionamento afetivo com o pai	Estado civil	Religião	Raça da mãe	Trabalha	Planejada	Parto	Escolaridade
Família Diamante	Alvenaria	Sim	Estável	Católica	Parda	Sim	Sim	Normal	Superior incompleto
Família Jade	Alvenaria	Sim	Estável	Evangélica	Parda	Sim	Não	Cesárea	2º grau completo
Família Esmeralda	Alvenaria	Sim	Estável	Católica	Parda	Sim	Não	Normal	2º grau completo
Família Ônix	Alvenaria	Sim	Casada	Católica	Parda	Não	Sim	Normal	Superior incompleto
Família Rubi	Alvenaria	Não	Solteira	Não tem	Parda	Não	Não	Normal	2º grau completo
Família Turquesa	Alvenaria	Sim	Estável	Evangélica	Parda	Sim	Não	Cesárea	2º grau completo
Família Opala	Alvenaria	Sim	Estável	Católica	Parda	Não	Não	Normal	1º grau incompleto
Família Safira	Alvenaria	Sim	Estável	Evangélica	Negra	Não	Não	Normal	2º grau completo
Família Ouro	Alvenaria	Sim	Estável	Evangélica	Parda	Não	Não	Cesárea	2º grau completo
Família Coral	Taipa	Sim	Estável	Católica	Parda	Não	Não	Cesárea	2º grau completo
Família Pérola	Alvenaria	Sim	Casada	Católica	Branca	Não	Sim	Normal	2º grau completo
Família Cristal	Alvenaria	Sim	Estável	Evangélica	Parda	Não	Não	Cesárea	9º ano do ensino fundamental
Família Topázio	Alvenaria	Sim	Estável	Não tem	Parda	Não	Não	Normal	2º grau completo
Família Andaluz	Alvenaria	Sim	Estável	Católica	Parda	Não	Não	Normal	9º ano do ensino fundamental

Fonte: Autora, 2024.

Sobre o local de residência, cerca de sete mães residem em Maceió, enquanto que as outras residem nos seguintes municípios do Estado: Murici, Viçosa, União dos Palmares, Cajueiro, Novo Lino, Ibateguara e Atalaia, compondo um total de 8 municípios diferentes, esse dado é importante porque o HUPAA é referência para Alagoas. Ainda, sobre o histórico de pré-natal das famílias, constatou-se que 2 mães não souberam dizer a quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal e apenas 28,6% fizeram a quantidade mínima preconizada pelo ministério da saúde, de 6 consultas, das quais 57,1% foram acompanhadas pelos maridos em ao menos uma das consultas (quadro 2). Ademais, cerca de 42,8% das mães tiveram abortos e 3 (21,4%) RNs nasceram na ambulância durante o deslocamento para o HUPAA.

Quadro 2 - Caracterização das famílias quanto ao histórico de pré-natal.

Identificação	Gestação	Perdas/ Aborto	Consultas pré-natal	Local de consultas	Companheiro acompanhou nas consultas	Local que nasceu
Família Diamante	2	1	4	UBS	Não	HUPAA
Família Jade	1	0	3	UBS Particular	Sim	HUPAA
Família Esmeralda	4	1	-	Hospital do município	Sim	HUPAA
Família Ônix	2	0	6	UBS Convênio	Sim	HUPAA
Família Rubi	1	0	6	UBS	Não	Ambulância
Família Turquesa	1	0	11	UBS	Sim	HUPAA
Família Opala	7	4	4	UBS HUPAA	Sim	HUPAA
Família Safira	1	0	1	UBS	Não	HUPAA
Família Ouro	5	2	5	UBS	Sim	HUPAA
Família Coral	5	3	-	UBS HUPAA	Não	HUPAA
Família Pérola	1	0	5	UBS	Sim	Ambulância
Família Cristal	4	0	5	UBS	Não	HUPAA
Família Topázio	2	0	6	HUPAA CESMAC	Sim	HUPAA
Família Andaluz	4	1	5	UBS	Não	Ambulância

UBS - Unidade Básica de Saúde

CESMAC - Centro de Estudos Superiores de Maceió

Fonte: Autora, 2024.

5.1 Apresentação das participantes

FAMÍLIA DIAMANTE

A família é composta pela mãe, o pai e o RN. A mãe possui 29 anos, é atendente de farmácia, o pai tem dois empregos e por isso apenas consegue ir ao hospital nos finais de semana. Seu bebê é RNPT extremo e permaneceu 119 dias internado, dentro desse período houve algumas intercorrências desconfortáveis, pois, sua bebê passou por risco de broncoaspiração. Além disso, o exame de sua RN deu positivo para citomegalovírus e precisou passar mais tempo internada, porque devido a uma alteração de função hepática, foi necessário iniciar a medicação.

FAMÍLIA JADE

A família Jade é formada pela mãe que trabalha como vendedora, o pai e o RN. A entrevista foi feita apenas com a mãe, que possui 23 anos e informou que fez 1 consulta no particular, porque foi consulta de urgência, pois apresentou problemas emocionais e de ansiedade. O motivo da internação foi porque o seu bebê teve restrição de crescimento e a mãe teve pré-eclâmpsia e, assim, nasceu RNPT moderado e permaneceu 40 dias internado na UTIN, 7 dias internado na UCINCo e 6 dias na UCINCa.

FAMÍLIA ESMERALDA

A família Esmeralda é composta pela mãe, o pai e os três filhos. A mãe possui 25 anos, trabalha em uma clínica de dentista e informou que não lembra a quantidade de consultas do pré-natal, porque descobriu a gravidez quando estava com 3 meses e meio, pois tomava injeção e passava cerca de 3 a 4 meses sem menstruar e ela tinha o costume de parar após usar por muito tempo, pois apresentava cefaleia e não se sentia bem. O seu bebê nasceu RNPT extremo e permaneceu na UTIN por 69 dias, na UCINCo por 9 dias e na UCINCa por 17 dias.

FAMÍLIA ÔNIX

A família Ônix é formada pela mãe, pelo pai e por 2 crianças. A entrevista foi realizada com a mãe, que possui 24 anos e com o pai do bebê, que informou ter perdido o emprego pouco antes do seu filho nascer. Seu RN foi admitido na UTIN sendo RNPT moderado e permaneceu 11 dias internado.

Mãe Ônix= No dia que o bebê Ônix nasceu, fez uma semana que ele perdeu o emprego, porque a empresa estava se incomodando com as minhas idas ao hospital, de tão frequentes que eram, eu não tinha como pagar um uber no momento, eu tinha o quê? Eu tinha o meu marido trabalhando, eu mandava mensagem para ele: “tem como ir?” O pessoal da empresa liberava e depois demitiu (Mãe - Família Ônix).

FAMÍLIA RUBI

A família Rubi é composta pela mãe, avó, irmão e o bebê, a mãe informa que o pai do RN não foi visitar o bebê durante a internação. A mãe tem 19 anos, relata que já deu entrada na documentação para ter o bolsa família e só soube que seu bebê seria prematuro quando começou as contrações, pois disse que sempre teve muitas cólicas durante a gestação e achava que era normal. No dia que a RN nasceu, a mãe foi ao hospital e eles deram a medicação e a mesma voltou para casa, mas as contrações continuaram, quando retornou ao hospital encaminharam ela para o HUPAA, mas a RN nasceu na ambulância, quando passava por Satuba. Nasceu RNPT extremo e permaneceu por 69 dias na UTIN, 17 dias na UCINCo e 5 dias na UCINCa.

FAMÍLIA TURQUESA

A família Turquesa é composta pela mãe, pai e o bebê. A entrevista foi realizada apenas com a mãe, pois o pai apenas conseguia ir ao hospital nos finais de semana ou a noite, a mãe tem 20 anos, trabalha com telemarketing. Expressa que seu bebê teve restrição de crescimento, que a placenta não desenvolveu, desencadeando um infarto placentário, assim nasceu RNPT tardio e permaneceu 1 dia na UTIN, 4 dias na UCINCo e 4 dias na UCINCa.

FAMÍLIA OPALA

A família Opala é composta pelo pai, três filhos e a mãe, que possui 31 anos e recebe o auxílio do governo bolsa família. A mãe não soube explicar o motivo da gravidez ser de risco, disse que fez todos os exames e deu tudo normal, mas a enfermeira conseguiu a vaga e encaminhou para o hospital. O seu bebê nasceu como RNPT extremo e permaneceu 86 dias na UTIN, 2 dias na UCINCo e 13 dias na UCINCa.

FAMÍLIA SAFIRA

A família Safira é composta pela mãe, pai e 2 filhos, sendo o filho mais velho, o enteado da mãe. A mãe possui 26 anos, descobriu a gravidez quando estava com 3 meses e por isso apenas realizou 1 consulta, pois seu bebê nasceu sendo RNPT extremo, nasceu

deprimido, com bradicardia e desconforto respiratório, ao longo da internação o RN teve algumas paradas cardíacas e não resistiu, falecendo.

FAMÍLIA OURO

A família Ouro é composta pela mãe, pai e 2 filhos. A mãe possui 42 anos, recebe bolsa família para ajudar na renda mensal familiar, possui dois filhos vivos, o mais velho possui 19 anos e a mãe declara que está reaprendendo a ter um bebê novamente. O RN nasceu sendo RNPT tardio, apresentou desconforto respiratório ao nascer, dispneia e tiragem subcostal, permaneceu na UTIN por 2 dias e na UCINCo por 4 dias.

FAMÍLIA CORAL

A família coral é composta pela mãe, pai e 2 filhos. A mãe Coral tem 39 anos e recebe o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC -Loas), pois sua filha mais velha é autista. A mãe chegou ao hospital com escabiose, polidrâmnio e macrosomia fetal, no entanto, a mãe informou que fez o tratamento antes da gestação e o motivo da internação foi o inchaço presente na perna. O RN nasceu em más condições de vitalidade, sem choro, hipotônico, cianótico e bradicárdico, com características de RNPT tardio e permaneceu 8 dias na UTIN, 2 dias na UCINCo e 1 dia no ALCON.

FAMÍLIA PÉROLA

A família é composta pela mãe, pai, o bebê e o outro “filho” de quatro patas, que é o seu gato. A entrevista foi feita com a mãe que tem 20 anos, informou que o RN nasceu na ambulância durante o deslocamento para Maceió, nasceu como RNPT moderado, apresentou taquipneia transitória do RN (TTRN), permaneceu na UTIN por 16 dias, na UCINCo por 2 dias e na UCINCa por 27 dias.

FAMÍLIA CRISTAL

A família Cristal é composta pela mãe, o pai e 4 filhos. A mãe possui 24 anos, recebe o bolsa família e o auxílio do Programa Criança Alagoana (CRIA). A bebê é RNPT extremo e permaneceu 17 dias na UTIN, 10 dias na UCINCo e 22 dias na UCINCa.

FAMÍLIA TOPÁZIO

A família Topázio é composta pelo pai, 2 crianças e a mãe, que tem 23 anos, recebe auxílio do governo pelo bolsa família e informou que quando estava com 7 semanas e 3 dias

descobriu que sua gravidez era ectópica e apenas durante a ultrassom soube que eram gemelares. A mãe informou que fez a cesárea com 8 semanas de gestação, para retirar um dos gêmeos que veio a óbito, posteriormente seu outro bebê nasceu como RNPT tardio e passou por várias adversidades dentre elas: suspeita de enterocolite, de sopro cardíaco, infecção por bactéria e precisou de plaquetas, além disso teve a suspeita de que os alimentos derivados de leite que a mãe consumia estavam refletindo na amamentação e prejudicando o RN. Assim, permaneceu por 40 dias na UN.

FAMÍLIA ANDALUZ

A família Andaluz é formada pela mãe, pai e 3 filhos. A entrevista foi feita com a mãe que tem 27 anos, recebe bolsa família e o BPC-Loas e informa que seu companheiro retorna para casa a cada 15 dias, devido ao trabalho. O RN nasceu na ambulância, durante o deslocamento para o HUPAA, a mãe relatou que durante o parto a placenta ficou dentro do útero e quando chegou ao hospital seu filho já estava roxo. O bebê nasceu como RNPT moderado, apresentou desconforto respiratório, teve sepse neonatal precoce, convulsão antes de 24 horas de vida e pneumotórax, permanecendo 27 dias na UTIN e 6 dias na UCINCo.

5.2 Transições vivenciadas pelas famílias

5.2.1 Natureza das transições

As famílias retratadas nesta pesquisa vivenciaram diversas transições, que segundo Meleis é definida como passagem, movimento de estado ou modificação de uma fase da vida para outra, sendo um processo psicológico, envolvido na adaptação a um evento. Salienta-se que a transição para a maternidade/paternidade tem início na gestação, mas vai além do parto, pois há a passagem de uma realidade conhecida para uma desconhecida, que exige responsabilidades e determinados comportamentos dos pais para conquistar uma nova concepção de si. Assim, um acontecimento na saúde do indivíduo é um fator desencadeante de mudança de vida, mas a situação pode ser alterada, dependendo da percepção, da maneira como a pessoa enfrenta e se adapta às novas circunstâncias (Silva *et al.*, 2019; Feitosa, 2016).

Meleis (2010) estrutura a existência de três componentes: natureza das transições, condições para a transição e padrões de resposta, assim para abranger todos esses componentes, foram elencadas 7 perguntas (conforme apêndice B), das quais serão apresentadas as respostas das famílias, entre os tópicos das dimensões da teoria, para facilitar a compreensão e norteamento quanto a aplicação na prática da enfermagem. Dessa forma,

sobre a natureza das transições, ela pode ser de diferentes tipos: desenvolvimental; situacional, saúde/doença e/ou organizacional (figura 2).

A transição de desenvolvimento surge associada às fases de vida, decorrentes da idade e acontece durante um período de tempo longo, tem-se a adolescência, ciclo gravídico-puerperal (presente em todas as famílias do estudo), envelhecimento, menopausa, o ciclo gravídico-puerperal tardio e a morte, esses dois últimos também apareceram durante a pesquisa (Silva *et al.*, 2019). A família Ouro viveu a transição de desenvolvimento quanto ao ciclo gravídico-puerperal tardio, não apenas pela idade da mãe, que corresponde a 42 anos, mas porque ela teve seu segundo filho 19 anos depois. Isso implicou em sentimentos de medo e insegurança para realizar a troca de fralda e dar banho na UCINCo, como é possível constatar em sua fala:

A médica perguntou: “é o seu primeiro?” Eu disse “não, já tenho um de 19 anos”, ela disse: “não, mas é a mesma coisa!” Mas quer queira quer não você perde um pouco a prática. Por isso fico um pouco com medo, tão frágil.

A gestação em mulheres com mais de 35 anos tem se tornado uma realidade e o aumento das mulheres no mercado de trabalho, avanços na atenção à saúde, como os métodos anticoncepcionais e maior tempo de estudo são alguns dos fatores que contribuem para esse fenômeno. As gestantes em idade avançada também passam por sentimentos conflitantes, como o medo de abortar, a incerteza das condições físicas e mentais do bebê e o momento do parto, isso preocupa a família, a medida que também idealizam uma criança perfeita. Além disso, antecedentes de abortos espontâneos agregam uma maior inquietação e ansiedade quanto ao futuro do filho, visto que há o temor desse evento acontecer novamente e prejudicar a mãe ou o bebê (Aldrighi; Wall; Souza, 2018).

Medo (risos), senti logo medo né, que já fica inseguro devido ao quadro que eu tive de perdas, fiquei insegura, mas fazer o quê né, as coisas acontecem e a gente tem que procurar forças onde não tem, em Deus e graças à Deus tá aí, tá dando certo (Família Ouro).

A hospitalização provoca repercussões e impactos variados sobre o paciente e a sua família, principalmente sobre o trinômio mãe, pai, bebê e cada notícia ou informação nova desperta nervosismo na família, sendo necessário manter uma comunicação ativa e frequente entre a equipe de saúde e os pais, para amenizar a tempestade de emoções que sofrem. A internação em uma UTIN provoca medo nas famílias, tanto pelo ambiente desconhecido, pela gravidade dos casos, como também pela perda de contato com o filho, que passa a “pertencer”

aos profissionais da saúde (Oliveira *et al.*, 2013). É possível observar na fala da família Safira:

Eu fiquei bem assustada, porque quando a pessoa chega e vê ele bem pequenininho tal, aí eu fiquei com bastante medo.

A família Safira viveu a transição de desenvolvimento relacionada a morte, pois o bebê Safira veio a óbito. Logo após o nascimento, o RN foi internado na UTIN e viveu por nove dias, a entrevista foi realizada um dia antes de sua morte. A expectativa de levar o bebê para casa, cria esperanças de dias melhores na família diariamente, mas a partir do momento que descobrem que o RN precisa ser internado em uma UTIN, surgem sentimentos negativos e muita preocupação (Oliveira *et al.*, 2013). É possível observar essa situação na fala da mãe Safira, quando foi perguntada se visitar o bebê na UTIN ficou mais fácil.

Até sábado estava tudo tranquilo, estava indo de boa né tudinho, as enfermeiras né falavam tal e tal que estava recebendo o leite, estava ficando estável, só depois que o outro médico falou da questão de que ele estava precisando de sangue, porque estava fazendo muita coleta e fazendo exame, que tinha dado uma bactéria nele, mas pronto aí desde sábado que eu já estou... (mãe começa a chorar).

A UTIN é uma unidade que classifica os RNs como de alto risco, sendo bebês prematuros e/ou com disfunções orgânicas que necessitam de cuidados contínuos e especializados, predominando tecnologias leve-duras e duras. Nesse panorama, há a convivência constante com a incerteza sobre o processo de finitude e refletem a necessidade de humanização da assistência a essas famílias, para que haja uma melhor qualidade das interações entre os envolvidos no processo. Nesse sentido, a seleção de ferramentas para a implantação e implementação de metodologias do cuidado, contribui para uma assistência acolhedora e menos desagradável tanto ao bebê, quanto a sua família, ultrapassando o cuidado individualizado e abrangendo a família de forma holística (Rodrigues *et al.*, 2024).

A morte de um filho é uma sensação devastadora que envolve três momentos marcantes, sendo eles o passado de construção de sonhos, a frustração e sofrimento infinito do presente, e a incerteza do futuro. O luto dos pais geralmente está misturado com culpa e raiva, pela incapacidade de impedir a morte, mas também aparecem sentimentos de fracasso e de inferioridade pela impossibilidade de gestar o próprio filho. Nesse sentido, a negação desponta como uma defesa muitas vezes necessária para impedir a desestruturação mental, pois o indivíduo está lutando internamente para absorver o impacto e posteriormente, utilizará outras ferramentas mais adequadas (Oishi, 2014).

Outrora, destaca-se que desde a antiguidade, quando homens e mulheres definiram seus papéis sociais, o processo de gestação e nascimento de um filho representava e

representa, até os dias atuais para muitas famílias, a realização de um sonho, no qual é criada expectativas por um filho saudável, capaz de propagar os valores e as características de seus genitores. Outrossim, um filho permite a construção de novos papéis e responsabilidades para os membros da família, em especial quando ocorre o nascimento de uma criança prematura e/ou de risco, nessas condições uma nova realidade surge e os pais/responsáveis pelos RN passam a assumir novos papéis na sociedade (Oliveira *et al.*, 2013).

Assim, emerge uma transição situacional, em que as mulheres, principalmente, têm a capacidade de assumir uma nova identidade, seja na admissão, na alta hospitalar, como cuidador, um papel conjugal (que inclui casamento, divórcio, separação ou viuvez), parental e/ou o profissional. Além disso, durante a gestação desponta o papel de mãe e pai, que requer alguns padrões de conduta, planejar a vida, os cuidados e ir às consultas de pré-natal durante os meses de gestação. Entretanto, após o parto há uma nova reformulação de identidade, pois existe a produção de dor, angústias, medo e tristeza, em especial quando o bebê é prematuro e precisa ser admitido na UTIN e somente após a alta as famílias conseguem se tranquilizar e desenvolver novas perspectivas de futuro (Feitosa, 2016; Silva *et al.*, 2019).

Entender essa etapa do puerpério e da prematuridade significa integrar o papel, função e significado de ser mãe e de ser pai, esses papéis podem ser planejados ou não. A convivência diária com o RN prematuro é importante para que a família desenvolva autoconfiança e reestruture o papel materno e paterno, se identificando com a rotina, o ambiente e formando opiniões, de modo que os pais entendam como eles se enxergam como mãe ou pai diante da prematuridade (Feitosa, 2016; Gomes *et al.*, 2021).

Criei mais maturidade, passei a ter mais paciência. Hoje subi faltando 10 minutos para as 4 da manhã (Família Rubi).

Eu me vejo outra, se me dissesse que eu ia passar por tudo isso, eu diria que eu não aguentaria, que eu não passaria e hoje eu me vejo muito mais forte, assim, realmente é um sentimento aquele, aquela força de mãe que as pessoas falam e você só vai entender quando você for mãe, porque realmente é uma coisa que, você antes disso, nunca se imaginaria passando por tal situação, tendo tanta força (Família Jade).

Eu acho assim, que ser mãe foi uma responsabilidade a mais que uma mãe normal, acho que é isso, influencia muito, mas que a normal teria também né as preocupações, tudo certinho, mas eu acho que por ser prematuro, é mais, passa mais coisa (risos). Mas tá tudo bem também, que seja da melhor forma possível (Família Diamante).

As mães conseguem mostrar o que sentem em relação a prematuridade nas falas com bastante clareza, mas com um objetivo de expressar como está sendo esse novo papel de mãe,

cada uma na sua percepção de ver e pensar. Elas conseguem perceber as mudanças que ocorreram e estão ocorrendo com o passar do tempo, elas começam a ter consciência de como os eventos estão interferindo em seus papéis, quando elas se referem a autoconstrução de maturidade, paciência, responsabilidade e força.

A ruptura entre o habitual e a aparição de uma nova condição leva à consciencialização do indivíduo quanto ao evento das mudanças que já aconteceram e aquelas que ainda irão acontecer. A consciencialização é uma propriedade muito relevante para que o processo ocorra, sendo uma característica definidora da transição e influenciada pelo nível de envolvimento das famílias (Feitosa, 2016; Silva *et al.*, 2019). No entanto, as experiências são subjetivas e cada pessoa possui um tempo variável para passar pela transição e/ou perceber como está sendo afetada, por exemplo: a mãe da família Diamante disse que se sente indiferente quanto a ser mãe de um RN prematuro, talvez ainda não tenha alcançado a consciencialização.

Rapaz eu me sinto indiferente (risos), é porque assim a gente tem um sonho de como a gente está no 6º andar tem vários bebês que chega com a mãezinha, chorando, aí nós conversamos entre nós lá as mães, era nosso sonho na verdade ter um bebê chorando ali, grandinho, bonitinho, aí a sensação de ter um bebê assim é estranho é indiferente, a gente não sabe nem explicar. Tão pequenininho, aí fico ansiosa né quando é que vai ganhar bastante peso, ficar mais gordinho, pra sair dali, é um misto de emoção (Família Diamante).

Tornar-se pai ou mãe exige uma transição para novos papéis e pode originar eventos e situações críticas, como o nascimento de uma criança prematura ou com doença crônica, com as quais a família precise lidar, pois a parentalidade é permanente e o seu sucesso tem implicações na saúde e bem-estar dos pais e na saúde de seus filhos. Nesse sentido, a prestação de cuidados centrados nas necessidades do RN/família requer uma conduta dos profissionais da saúde que potencialize os conhecimentos, as ações e a tomada de decisão dos pais, uma vez que são os principais cuidadores. Em razão disso, as famílias podem passar a ter satisfação com o papel parental, se tornar eficaz no desempenho das tarefas, resultando em um melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo dos RNs (Parente, 2016).

Na sequência, tem-se a transição do tipo saúde-doença, que está associada ao aparecimento de algum agravo na saúde e afeta a rotina, os hábitos, bem como modifica a estrutura familiar, pois muitas vezes um indivíduo passa a depender de outros e no caso das famílias de bebês prematuros, as mães passam a residir no hospital (Feitosa, 2016). A separação dos pais e a admissão do RN na UTIN, que é um ambiente repleto de aparatos tecnológicos contribuem para aumentar a preocupação e o desespero dos genitores, em diversas magnitudes (Oliveira *et al.*, 2013). As famílias descrevem suas percepções sobre a

primeira visita a UTIN, como um ambiente assustador, com muito barulho, pouco acolhedor que desperta sentimentos e reações negativas, conforme pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Eu tive medo também, quando eu olhei pra ela só tinha vontade de chorar, aí eu não sabia se, de alegria também por ela está e impressionada por ela ser tão pequeninha, muito pequeninha. É assustador também né esse fio, aquelas máquinas ali, na verdade quando você chega, você não sabe o que é nada ali, eu só sabia que se fosse vermelho, o vermelho não é bom, a cor vermelha (risos), aí com o tempo você entende né o que é a saturação, tudo certinho (Família Diamante).

Experiência não boa, porque sou mãe de primeira viagem, lá tem muita zuada, no começo foi difícil, mas melhorou depois (Família Rubi).

A gente fica tão inseguro né, eu nem sei dizer a sensação, é um ambiente que você nunca pisou, você fica tão sem direção, sem saber como agir, o que falar (Família Ouro).

Foi uma sensação de medo, de felicidade em saber que ele está vivo, mas ao mesmo tempo foi preocupante de ver ele lá (Família Pérola).

Foi muito sufocante, eu entrei tranquila, mas saí chorando (Família Topázio).

O senso comum associa a UTIN a dor, morte, gera estresse, ansiedade e medo, pois a alta hospitalar e a apresentação do RN a família são adiadas, como também não se pode amamentar, associado a isso, tem-se a imaturidade do bebê e a sensação de serem visitantes do filho, que pode frustrar os pais. A visão que a UTIN fornece à família é de um bebê frágil que precisa dos equipamentos para sobreviver, criando sentimentos de angústia, sofrimento, insegurança, raiva, culpa, sensação de perda e impotência. Dessa forma, dependendo da vulnerabilidade dos pais, eles podem ser acometidos de um forte sofrimento psíquico (Frantz; Donelli, 2022).

Nesse cenário, conversar com a família na chegada dela à UTIN é crucial, faz parte de uma assistência de qualidade, humanizada e do método canguru, uma vez que está relacionado ao cuidado com a família e suporte da equipe de saúde. Portanto, as informações repassadas aos pais no início da internação de seus filhos podem ajudar a reduzir a ansiedade e as preocupações (Luz, 2020). No entanto, na prática essa comunicação durante a primeira visita dos pais a UTIN nem sempre acontece.

A minha primeira visita foi um susto porque eu cheguei lá para visitar e a médica disse logo: “ele é um bebê muito grave e a gente tá fazendo o máximo por ele”, explicou que ele estava entubado que era um prematuro extremo, que ele tinha infecções e que iria fazer a transfontanelar para ver se tinha alguma hemorragia e qual era o grau, aí ela já me explicou qual era o grau e tal, mas que ia fazer e depois ia me falar, aí no dia seguinte já tinha feito e já sabia e aí ela me disse:

mãezinha lembra da hemorragia que eu falei que poderia ter, então ele tem hemorragia grau 4, aí eu já sabia o que era, ela já tinha explicado e eu já tinha ido pesquisar e no outro dia ela disse, aí eu fui saber lá na UTI e foi (Família Esmeralda).

Quando eu cheguei lá é, meu esposo já tinha ido né porque os médicos já tinham apresentado pra ele, mas quando eu cheguei lá, então só fui por alto assim e meu esposo pegou uma touca, uma luva colocou em mim e a gente entrou e aí quando a gente entrou uma enfermeira viu que a gente estava sem colete né, pediu pra voltar para colocar o colete, aí a gente voltou. Só que não tinha sido passada essas instruções para mim né, voltei, peguei o colete, botei, depois entrei, só fiz chegar lá, ninguém falou comigo nada, não fui apresentada a nada, só fiz chegar lá olhei ele no berçário só. Só vi o ambiente, olhei ele um pouquinho, depois sai, lavei as mãos com sabão né, enxuguei, entrei (Família Turquesa).

Observa-se que existem muitas lacunas a serem preenchidas, como a falta de preparo de alguns profissionais, falta de empatia e, talvez, o desconhecimento dos profissionais quanto aos cuidados especializados a serem seguidos na primeira etapa do MC. Em relação a isso, dentre os cuidados que precisam ser executados nesse primeiro momento, tem-se o acolhimento, que deve ser feito pelos profissionais da saúde para todas as famílias que passarem a frequentar a UTIN, de acordo com suas necessidades e individualidades e estimular o acesso dos pais com entrada livre em qualquer horário do dia (Luz, 2020).

Além disso, é necessário que no primeiro encontro entre pais e RN, um profissional acompanhe a visita para esclarecer as dúvidas, caso surjam (Luz, 2020), mas isso não aconteceu com a família Turquesa e apesar de terem passado as informações para a família Esmeralda, foi de uma maneira pouco empática. A transmissão de informação entre pessoas pode ser feita de maneira verbal e/ou não verbal, mais que isso, deve-se oferecer suporte emocional para que a comunicação seja adequada, além disso é uma via de mão dupla e muitas vezes os pais em UTIN querem dividir seus sentimentos e serem ouvidos. Dar más notícias é uma tarefa complexa e desafiadora para o profissional de saúde e recebê-la é muito doloroso, em uma primeira conversa a maneira como essa notícia é dada influenciará a percepção sobre o problema e como lidar com ele (Marçola *et al.*, 2020).

Ainda, para um parto prematuro sempre é difícil para a família, pois a urgência quanto aos cuidados médicos, a pressa de entubar, ventilar e levar o RN a UTIN, faz com que essa criança seja afastada dos pais, sem que haja tempo de se conhecerem ou até mesmo se certificar que seu bebê está vivo. Ao adentrar na unidade neonatal os pais costumam ficar intimidados pelas tecnologias duras, com receio de tocar no RN e impotentes por não saber o que fazer para ajudar na evolução do seu filho (Frantz; Donelli, 2022).

Quem estava entrando era o meu marido, vendo ela, aí na primeira vez eu fui com

ele aí eu me desesperei, vê ela ali mulher e porque também eu só vi ela na hora do parto, foi tudo muito rápido, ela estava enrolada no pano, eu só vi o rostinho dela, nem lembro muito, aí quando eu vi ela ali daquele tamanhinho, com aqueles aparelhos, com aquele negocinho, fiquei desesperada, passei mal. Aí saí um pouco, tomei água, depois entrei de novo, aí fui perguntando né, porque tudo é novo para mim, mas fiquei desesperada (Família Cristal).

Eu fiquei bem emocionada, vim ver ele dois dias depois né, vi ele no parto muito rápido que logo depois eu fui sedada, passei um pouquinho mal e só vim ver ele dois dias depois (Família Jade).

É imprescindível que haja uma sensibilização de toda a equipe multiprofissional sobre as práticas do MC, que considera em primeiro lugar as necessidades do RN e de sua família, possibilitando um cuidado humanizado. A adesão desses profissionais ao MC está relacionada ao poder de transformação dos sujeitos, principalmente a enfermagem que deve atuar como facilitadora ou provedora de um acolhimento humanizado quanto à assistência em saúde. Nesse panorama, a assistência deve ser sensível ao trinômio mãe-pai-bebê, satisfazendo as necessidades, transmitindo respeito em relação à dor dos familiares, independente do prognóstico do RN (Luz, 2020; Mesquita *et al.*, 2019).

A enfermagem possui um papel fundamental no cuidado e em relação à assistência, o enfermeiro acolhe a família, lida com o RN, procedimentos, equipamentos e decisões clínicas que interferem no tratamento (Mesquita *et al.*, 2019). Em virtude disso, é notória a intensidade e a sobrecarga que recai sobre o enfermeiro e essa pode ser uma justificativa para as mães não terem recebido a atenção devida na primeira visita à UTIN. Contudo, a família Ônix recebeu um acolhimento e uma assistência de qualidade, ao chegar para visitar o seu bebê.

A gente foi muito bem acolhido, o pessoal explicou tudo, o atendimento aqui para a gente não teve nada a desejar, pessoal sempre com paciência, explicou tudo direitinho para a gente, foi bem tranquilo (Mãe - Família Ônix).

Para mim, a gente foi mais confortável para a UCI pelo fato da explicação que foi feita anteriormente, na UTI foi explicado o que era a UCI, o que era a UTI, que se ele precisasse ir para lá seria para ter um tratamento mais eficaz, que se ele precisasse de uma oxigenação indireta seria lá, porque o maquinário iria ajudar. Então, quando a gente soube que ele ia para lá, a gente já recebeu de outra forma, por mais que o medo estivesse ali e a insegurança, a gente tinha o conforto de estar sabendo o que ia acontecer, não fica aquela coisa, ele está indo para lá porque vai ter que ser entubado, vai ter que ter esse auxílio da ventilação não invasiva, aí foi o que deu mais segurança para a gente. Foi quando a gente conseguiu dormir na verdade, que a gente não estava dormindo, eu não estava dormindo, estava ficando acordado, ela teve crise de pânico, choro e dá aquele medo, assim, sabe, e ver o suporte que a gente teve da parte de vocês, foi o que foi tranquilizando, acalmando, porque ele está lá, mas a saturação está boa, está tudo bem, vamos dormir, quando for a hora de amamentar, a gente vai lá e teve essa segurança (Pai - Família Ônix).

O acolhimento é a ponte entre os sujeitos e as práticas de cuidado, as quais apenas serão realizadas quando houver, respeito, resolutividade e acesso às informações para os usuários, como é o caso da família Ônix, que teve as suas singularidades valorizadas pelo diálogo e empatia da equipe. A presença do modelo biomédico restringe a autonomia dos usuários e dificulta a concretização da teoria e prática do acolhimento, que visa trocar esse modelo hospitalocêntrico por um alternativo, centrado nos indivíduos e que contemple ações no campo da promoção em saúde. O acolhimento é considerado uma tecnologia leve, que amplia a escuta e contribui para a operacionalização do SUS, produzindo mudanças no vínculo entre profissional e paciente, que ao ter suas necessidades atendidas sente seus direitos à saúde sendo exercidos (Lopes *et al.*, 2021a).

A UTIN é um ambiente hostil, agressivo, impessoal e de difícil adaptação, a família enfrenta uma situação crítica e delicada, por isso que o cuidado humanizado é extremamente importante, principalmente nesse contato inicial da primeira visita, para que os pais sintam segurança e retire as dúvidas e incertezas. A prematuridade já faz com que a internação seja um processo longo, porque pode haver uma série de complicações perinatais, portanto, a aplicação do MC pela enfermagem, que é, geralmente, a equipe mais próxima da família e que constrói vínculos mais fortes, pode acalmar e tranquilizar os pais, como foi mencionado acima pelo pai da família Ônix (Albuquerque *et al.*, 2024).

Todavia, pode existir um desconhecimento ou uma superficialidade por parte da equipe de saúde, sobre os conceitos e aplicações das tecnologias leves, cujo foco está nas relações, pois na UTIN há uma maior valorização das tecnologias duras devido a presença do maquinário. Consequentemente, pode haver uma assistência mecanizada, onde os cuidados são prestados de modo automático e sem empatia, criando uma barreira que dificulta o cumprimento da Política Nacional de Humanização (PNH), que fundamenta a prática do acolhimento, enquanto uma diretriz do SUS. Entretanto, alguns métodos operacionalizados pela enfermagem podem humanizar os cuidados, como: o método canguru, redeterapia, cartinha do RN que foi a óbito (impressão plantar, mecha de cabelo) e fotografias (Lopes *et al.*, 2021a; Rodrigues *et al.*, 2024).

Ademais, realizar uma escuta ativa quanto aos temores e preocupações dos pais pode ajudar a equipe a identificar outras transições que eles estão enfrentando, como a hospitalização, que é uma transição organizacional que marca profundamente a família. Assim, o ambiente físico, as mudanças psicológicas, a separação do filho e do companheiro(a), faz com que a família se sinta diferente, gerando mudanças que podem se

deflagrar em transições. A insegurança e as dúvidas quanto a própria capacidade de cuidar de um prematuro também pode provocar limitações de cuidado e se estender após a alta, por isso que os pais precisam de apoio e atenção durante a internação, para minimizar implicações negativas no futuro (Silva *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2021).

O desemprego também é um tipo de transição organizacional que gera mudanças socioeconômicas para a família e é um fator determinante para o baixo peso nos RNs, em especial no Brasil que é um país em desenvolvimento. Sob essa ótica, o desemprego estrutural, a desregulamentação dos direitos do trabalho, a dessindicalização dos trabalhadores e o crescimento do trabalho informal são algumas das consequências da reestruturação produtiva associada à doutrina neoliberal, que no Brasil é marcada pela redução dos postos de trabalho. Esses problemas atingem os RNs prematuros, que são um segmento vulnerável, por causa da própria condição e da vulnerabilidade da família em que estão inseridos, seja pela moradia, pais desempregados ou precárias condições de trabalho e renda (Chermont *et al.*, 2020; Moscon, 2007).

Essa realidade desfavorável acometeu várias famílias como a Coral, em que os pais não trabalham, mas conseguem se manter com o auxílio (BPC -Loas) que a filha mais velha recebe, mas ainda assim, residem em uma casa de taipa. Já na família Ônix, o pai ficou desempregado uma semana antes do nascimento do filho, pois apesar das comprovações com atestado e declarações de sua presença nas consultas com a esposa, foi despedido. Na família Rubi, além do desemprego, a mãe precisou enfrentar a transição situacional de separação com o pai do RN e teve que recorrer ao auxílio do bolsa família.

Não, só declaração, mas eu sempre comprovava que eu estive, que estava lá no local, mandava fotos, entregava as declarações, entregava atestado, atestado quando tinha a necessidade de ficar com ela mais um dia, eu pedia. Não tenho quem fique com ela, para que eu possa estar com ela no dia posterior...

Quando eu cheguei na segunda de manhã, da semana retrasada, fui pego de surpresa (Pai- Família Ônix).

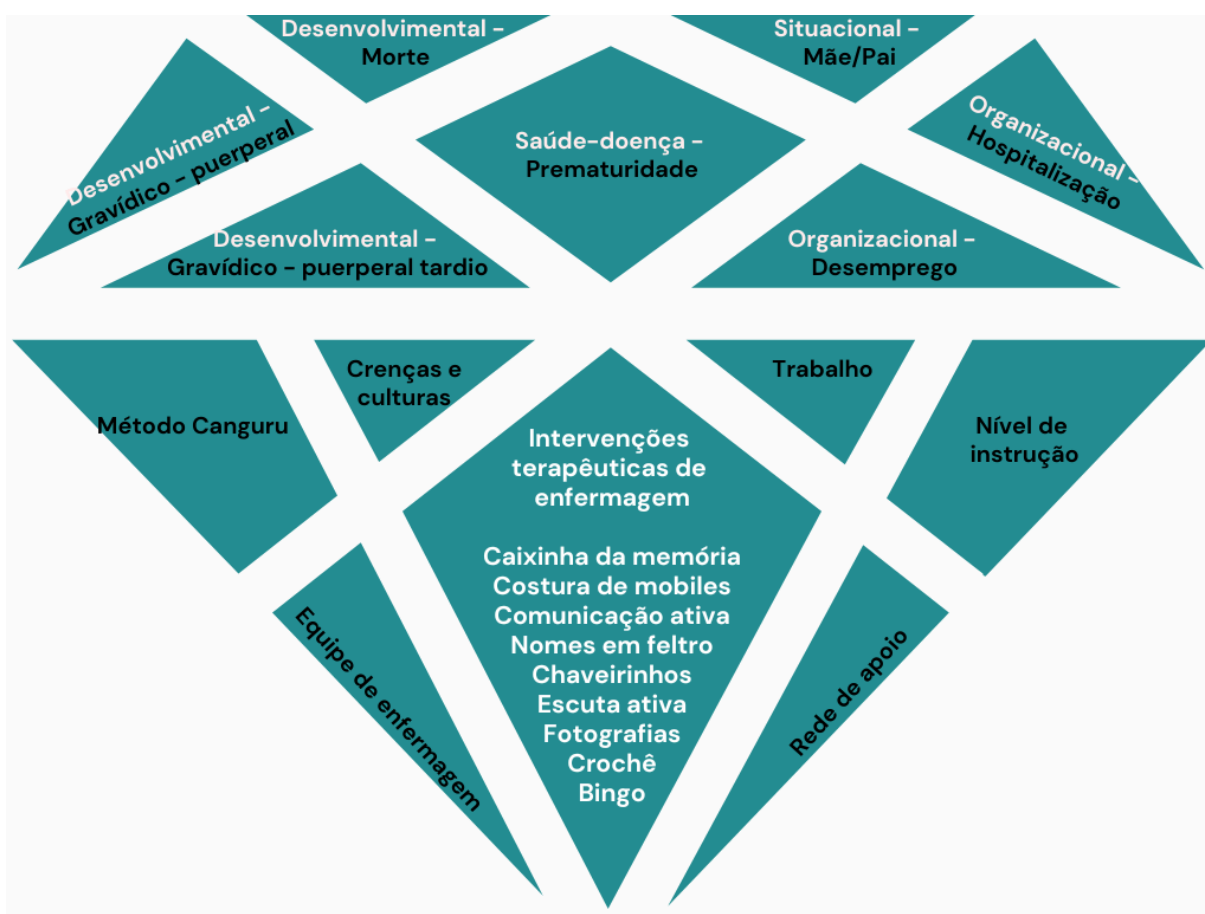
Eu não trabalhava quando fiquei grávida, mas já dei entrada na documentação para ter o bolsa família (Família Rubi).

Todos os cidadãos estão sujeitos a vulnerabilidades em determinados momentos de suas vidas, seja por acidente, desemprego ou morte e, gradativamente, tem alcançado mais os segmentos populacionais. A vulnerabilidade é uma condição desfavorável, que pode ser identificada por processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social e econômica, que são próprias do ciclo da vida, mas podem ser agravadas. Quanto a isso, a proteção estatal tem se mostrado insuficiente para assegurar a

segurança da população, em que as possibilidades de um emprego estável que consiga prover o sustento da família é cada vez mais raro, resultando em famílias desamparadas, frágeis e vulneráveis (Moscon, 2007).

Percebe-se que em relação aos padrões de transição das famílias da pesquisa eles foram múltiplos e simultâneos, pois um estava interligado ao outro e todas as alterações citadas modificaram a condição de vida das famílias interferindo nos papéis pessoais, familiares, sociais e profissionais, impondo uma readaptação. As famílias foram apresentadas nesta pesquisa com nomes de pedras preciosas, pois cada uma tem o seu valor, a sua singularidade e suas transições. Na figura 3 é mostrado de forma resumida os tipos de transições que foram encontradas, os condicionantes que estão na base da “pedra” e as intervenções de enfermagem que estão no centro, as quais serviram para lapidar os sentimentos das famílias e conduzi-las a uma transição saudável.

Figura 3 - A interligação dos tipos, condicionantes da transição e as intervenções terapêuticas de enfermagem.



Fonte: Autora, 2024.

5.2.2 Condicionantes facilitadores e inibidores da transição

Existem vários condicionantes presentes nas famílias de RNs prematuros, que podem ser pessoais (o tipo de relação do casal, moradia, as crenças, o nível de instrução, trabalho, status socioeconômico e conhecimento), sociais (a rede de apoio) e da comunidade (os serviços de saúde, a equipe de enfermagem e o método canguru), eles podem ser facilitadores ou inibidores da transição (Parente, 2016). Esses condicionantes levam a reformulação da identidade, ao domínio de novas habilidades, alterações de comportamentos que podem direcionar a uma transição saudável ou não (Santana, 2021).

A expectativa em relação a transição depende das experiências vivenciadas anteriormente, pois consiste em uma percepção subjetiva, cujo resultado pode ser positivo, neutro ou negativo. Diante disso, o nível de conhecimento da família sobre a gestação, o seu preparo antecipado para as consultas, parto e puerpério, podem facilitar a transição, sendo favorável ou não, bem como o significado da maternidade/paternidade para os pais. A maneira como a família recebe apoio social, seja dos familiares ou da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) também pode influenciar o envolvimento e a adaptação deles aos eventos críticos (Feitosa, 2016).

5.2.2.1 Condições pessoais

Cada pessoa possui suas singularidades, como: valores, atitudes e crenças, e é a partir delas que são atribuídos significados às transições, assim, para que os enfermeiros se tornem facilitadores, é fundamental a compreensão das condições que cada família vivencia (Tavares; Silva; Magalhães, 2022). Somado a isso, tem-se os diferentes conceitos de maternidade e maternagem, em que o primeiro se refere ao caráter biológico, resultante das relações de consanguinidade entre mãe e filho e o segundo é de ordem afetiva que sucedem alterações psíquicas próprias do tornar-se mãe. Ocorre, no entanto, que a maternidade parte de uma construção social que é influenciada pela cultura e/ou classe socioeconômica que, ainda, designa o lugar das mulheres na família e na sociedade (Cunha; Eroles; Resende, 2020).

Ao mesmo tempo, a etapa da construção da parentalidade, que consiste na criação dos filhos pelos pais, é desafiadora, pois a família é o primeiro contexto social em que a criança está inserida e busca-se assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento biopsicossocial. Além disso, a construção da parentalidade não se resume a gestação e ao nascimento do bebê, ela percorre desde a infância dos pais até o nascimento dos filhos, sendo definida pelas crenças culturais, impressões subjetivas e preocupações relacionadas a contextos específicos, além de ser influenciada pela personalidade, psicopatologia dos pais e ocupação parental. Diversos

fatores podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da parentalidade, como a história de vida e as circunstâncias individuais que incluem a prematuridade e a hospitalização (Cossul, 2021).

O RNPT está associado a um bebê pequeno e frágil, em razão disso os pais vivem um enorme sofrimento e sentimentos de ansiedade, estresse e impotência, uma vez que se tornaram pais antes do tempo previsto. Nesse cenário, existem quatro tipos de representações parentais: a criança imaginária, que é a imagem menos inconsciente do casal; a criança narcísica, relacionada a representação dos ideais dos pais; a criança fantasmática associada a imagem que cada um dos pais tem em mente e a criança mítica ou cultural que representa uma sociedade específica (Cossul, 2021).

Essas representações podem facilitar ou inibir as transições, visto que a presença do bebê real, diferente do esperado, pode dificultar a instauração de vínculos afetivos e modificar a noção da parentalidade, que é uma via de mão dupla, em que os genitores e os bebês se ajudam (Cossul, 2021). Com isso, as mães foram questionadas sobre os sentimentos delas quando descobriram que o filho nasceria prematuro, elas relataram que sentiram medo, receio pela sobrevivência do RN, desespero, angústia, inquietação e algumas mães não conseguiram refletir sobre o momento de tensão, devido a rapidez dos procedimentos do parto.

Cada mãe teve uma experiência única e marcante, com contextos diferentes, por exemplo: a mãe Cristal possui quatro filhos e queria fazer a laqueadura, mas suas condições fisiológicas para o momento não eram adequadas, pois apresentou hemorragia. A mãe Andaluz, por outro lado, informou sobre seu desconforto durante o percurso de Viçosa até o hospital, sobre a intensidade das suas dores, o calor, a placenta que ficou presa no útero e o nascimento do seu filho dentro da ambulância, mas a presença da parteira e da enfermeira a ajudaram no parto.

Medo (a mãe fez silêncio), muita angústia né, assim acho que gera algo em torno grave (mãe começa a chorar), na verdade foi assim, aqui conseguiram resolver bem e mais rápido, pra sair daqui antes do tempo, mas fiquei com muito medo (Família Turquesa).

Oia foi tão, uma agonia tão grande que dentro da ambulância deitada, com tanta dor, oia um calor, oia só Jesus na causa! Só sosseguei mais quando ele nasceu e assim eu ainda nem sosseguei, porque como ficou dentro a placenta, ainda ficou doendo muito, aí só sosseguei quando saiu tudo mesmo... Aí pegaram ele ligeiro e levaram para lá, porque elas disseram que ele já estava roxinho (Família Andaluz).

Foi muito rápido, porque foi coisa de 30 minutos. Eu cheguei aqui, eles falaram que iriam segurar a minha gestação até 37 semanas, aí tá fiquei tranquila, fiz ultrassom, exame de sangue, aí deu tudo alterado e ela falou ó daqui a pouco você entra na

sala de cirurgia, aí eu não tive muito tempo assim de raciocinar sabe. Foi um susto, foi muito rápido, 30 minutos eu estava na sala de parto já (Família Jade).

(risos) Eu nem sei, mulher não é fácil não ter prematuro, porque as duas que eu tive foi tudo normal, mas quando eu vi que ela era prematura eu senti muita angústia, porque daí eu via que, na minha cabeça né, que bebê prematura de 6 meses, pra mim eu achava que não sobrevivia, eu estava com isso na cabeça né, eu botei na cabeça (Família Opala).

Desespero, fiquei desesperada, não vou mentir, primeira vez que passei por isso, aí eu fiquei logo com medo, perguntei logo se ia acontecer alguma coisa com ela né e eu queria me operar também né, eu planejei muito para me operar né, aí eu tava até com os papel, só que a médica disse que não podia e por conta que para operar a barriga iria ficar mais tempo aberta e eu estava tendo muita hemorragia e minha vida e a dela estava em risco (Família Cristal).

Diante desse contexto, os pais se sentem cansados e desorientados sobre a situação de risco que é enfrentada, dificultando a conservação do vínculo com o bebê, que possui um comportamento diferente de uma criança saudável, um estado de saúde particular e requer dos pais modificações psicológicas (Cossul, 2021). Nesse sentido, todas as famílias viveram a incerteza sobre o futuro da criança e sentimentos de medo, os quais não podem ser ignorados, precisam ser trabalhados por meio de apoio e diálogo, para que estratégias sejam criadas e os pais saibam lidar com os desafios cotidianos, que podem resultar na recuperação completa de seus filhos ou na perda deles para a morte (Oliveira *et al.*, 2013).

A UTIN é um espaço associado à morte, pela maioria das pessoas e a presença de aparelhos desconhecidos, a realização de procedimentos invasivos e incompreensíveis e a não compreensão do estado clínico do RN por parte de algumas mães, torna tudo mais assustador. Esse momento que as famílias vivem é o confronto entre a realidade com as expectativas criadas ao longo da gestação, uma vez que o bebê está frágil, doente e distante, quando o imaginavam em seus braços. Assim, a adaptação ao panorama hospitalar e ao RNPT varia de pessoa para pessoa, podendo ser um processo lento ou rápido, depende dos condicionantes e das experiências vividas. As mães, em geral, são cobradas para permanecer sempre ao lado do bebê, em meio a tempestade de emoções e os pais passam a desempenhar um papel de figurante, nem sempre por vontade própria (Barros; Trindade, 2007).

Nota-se que a maternidade, embora seja uma opção, ainda é reflexo de pensamentos tradicionais construídos e ressignificados ao longo da história, que coloca a mulher como cuidadora principal e vários profissionais se ancoram nisso, dificultando a execução de um atendimento voltado para a equidade nas relações de gênero. Faz-se necessário repensar nas práticas realizadas na área de saúde sexual e reprodutiva, visto que as representações sociais

são dinâmicas e os pais podem adquirir novos papéis, conduzindo a uma nova prática quanto à maternidade ou paternidade (Barros; Trindade, 2007). Nessa lógica, destaca-se a fala do pai da família Ônix que se sentiu impotente no momento do parto do bebê e ressalta que a mãe é o suporte maior para o filho.

Eu senti medo também, a gente acaba se sentindo um pouco impotente também como pai, porque além da gente não ter, como posso falar, a questão da amamentação, esse suporte que é só a mãe que tem, além disso é essa questão do internamento que precisou, no mais foi questão de medo mesmo, acho que o que mais predominou foi o medo (Pai - Família Ônix).

A visão social protagoniza a mãe no cuidado ao RN e o pai reconhece a diferença no tratamento e funções atribuídas pela equipe de enfermagem, uma visão biologicista que desvaloriza o acolhimento e os sentimentos do pai diante da hospitalização, atribuindo apenas tarefas auxiliares. Contudo, a portaria de nº 930/2012 estabelece que a presença do pai nos cuidados ao RNPT deve ser incentivada, bem como o livre acesso e permanência no setor, porque eles possuem papel *sine qua non* no contexto familiar (Afonso; Francisco; Castro, 2021).

Dessa forma, a equipe de enfermagem deve promover a integralidade do atendimento, realizar ações que estimule o toque terapêutico para fortalecer o vínculo afetivo, proporcionando segurança nos pais para exercer a paternidade, pois muitas vezes eles se sentem incapaz e impotente, como citado pelo pai da família Ônix. Portanto, eles precisam ser envolvidos nos cuidados básicos sempre que possível, desde as primeiras visitas até o preparo da alta, como trocar fraldas e fazer a gavagem da dieta oferecida, pois é visível a vontade dos pais de interagir com a criança, mas a insegurança e falta de oportunidade dificultam esse processo (Afonso; Francisco; Castro, 2021).

Ao incentivá-los a prestar assistência ao próprio filho, tem início o processo de aprendizagem e o MC é uma das formas de inserção da paternagem nos cuidados diretos do bebê que contribui para o aumento do ganho de peso, reduz risco de infecção, desenvolve a motricidade e cognição entre outras melhorias. Por isso, é importante sanar as dúvidas dos pais, acolhê-los e explicar os recursos tecnológicos utilizados na assistência, fazendo com que eles passem a ser um agente ativo do cuidado (Afonso; Francisco; Castro, 2021).

Segundo Meleis e colaboradores (2010), a preparação antecipada é um condicionante facilitador da transição, porque ajuda a família a ter conhecimento sobre o que esperar, se preparar emocionalmente e criar estratégias para administrar a situação, enquanto que a falta de preparação é um inibidor. Nos primeiros contatos entre a família, o RNPT e a equipe de enfermagem, há uma série de dúvidas sobre as características, bem-estar e saúde da criança, o

ambiente e sobre as ações, cuidados que podem fazer para cooperar com a evolução do filho. Essa ausência ou insuficiência de conhecimentos é uma barreira para a adaptação da parentalidade (Santana, 2021).

Cada pessoa tem diferentes níveis de capacidade para enfrentar um novo contexto, no caso da hospitalização dos filhos, os pais podem apresentar pesadelos, ter alterações comportamentais, por exemplo: resistência em segurar ou dificuldade de cuidar do RN. Logo, na primeira visita dos pais, os profissionais precisam informar o estado atual do bebê em uma linguagem acessível, desconstruindo conceitos equivocados, desenvolvendo nos pais a percepção realista da evolução do RNPT e seu prognóstico (Lima; Siqueira; Ventura, 2022). Porém, a mãe da família Coral teve dificuldade para compreender a situação de seu filho, que já estava internado a 5 dias, apesar de ser explicado a ela o motivo da internação, da dieta zero e sobre o resíduo gástrico, a mãe continuava a questionar sobre a gravidade do bebê.

É isso, assim o meu mesmo seria mais alegre, era se amanhã eu chegasse lá e ela dissesse (a mãe começou a chorar) que ele estava de alta... Mas mesmo assim não chega a ficar nem um pouquinho não né grave?... É um processo lento, como diz a história... Mas ele não tem nem um pouquinho de coisa grave? (Família Coral).

Esse discurso evidencia o medo da morte durante a internação, que esteve presente na imaginação da mãe devido a situação que o RNPT se encontra. Porém, o que chama a atenção é o fato da incompreensão sobre a realidade do filho, pois foi informado pela pesquisadora e pela equipe de saúde que o bebê era grave e por isso estava na UTIN para receber os cuidados adequados.

Tendo em vista isso, o nível de instrução é um fator determinante para o entendimento do processo e também, das vulnerabilidades familiares, pois está relacionado à oportunidade de emprego, renda e ao entendimento sobre a condição de saúde do filho (Tavares; Silva; Magalhães, 2022). A maioria das mães da pesquisa (64,3%) possui o 2º grau completo; duas famílias (14,3%): família Diamante e família Ônix possuem o ensino superior incompleto e apenas quatro mães (28,6%) trabalham. Mas, a mãe da família Coral afirmou que possui o 2º grau completo, então talvez o acréscimo de informações sobre a unidade, funcionamento, situação clínica do RNPT e procedimentos que são realizados em seu filho, faça a mãe se sentir mais aliviada, esclareça as dúvidas e diminua o medo que a mesma está sentindo.

Diante desse quadro, os profissionais de enfermagem devem unir técnica e cuidado humanitário, oferecendo cuidado integral ao bebê e a família, a qual pode estar reproduzindo sentimentos negativos por visualizar o sofrimento da criança e estar como mero expectador e acompanhante. Esse internamento prolongado e a repentina mudança na vida da família

reforça a ligação com o lado espiritual, a fé em Deus associada à ideia de esperança, conforto e alívio. A espiritualidade não depende da crença ou prática religiosa e surge como um fator marcante para os familiares que possuem algum ente querido internado e isso foi constatado nesta pesquisa, que evidenciou o surgimento da fé e a conexão das mães com Deus (Oliveira *et al.*, 2013; Lima; Siqueira; Ventura, 2022).

Quando elas foram questionadas se passaram a ter um apego maior ao lado espiritual, todas confirmaram, inclusive as mães que não possuem religião (família Rubi e família Topázio) informaram que se aproximaram mais de Deus e a mãe Topázio fez até promessa para a melhora do seu filho. A família Andaluz também não é frequentadora assídua da igreja, mas declarou que passou a fazer promessas e diz que assim que sair do hospital vai apresentar seu filho na igreja.

Sim, fiquei mais apegada com Deus, já prometi que se ele sair daqui da UTI, a gente vai para a igreja agradecer a Ele por todo esse livramento que a gente teve e apresentar ele na igreja, porque ele merece... É evangélica, é assembleia a da minha avó. E todos os netos que nascem, ela faz questão de apresentar na igreja e a gente leva (Família Topázio).

Foi, assim não sou de igreja, dessas coisas né, mas só que passou tanta coisa na minha cabeça que como eu entrei nessa situação né, que nunca tinha acontecido, eu pedi tanto a Deus, a mãe fez tanta promessa também pra ele sair dessa, porque eu não sei muito fazer promessa do que a mãe, já fiz tanta, aí quando sair cumpri todas né. Já pedi tanto a Deus para ele sair dessa, bem e logo né, porque já tem tempo demais. Tudo no seu tempo né, tudo no tempo de Deus também... Eu já pensei, quando eu for pra casa vou levar ele pra igreja, pra apresentar que lá todo domingo tem, aí eu vou (Família Andaluz).

... Eu juro a você que quando eu cheguei aqui, eu disse meu Deus, eu me apeguei muito, eu voltei para a presença aqui dentro do hospital. Foi, eu pedi perdão a Deus, eu senti que Deus está me renovando, entendeu, no quarto e, assim, toda vez que eu penso em besteira, também quando eu choro, eu coloco louvor, fico louvando, aí isso vai me acalmando bastante... Meu testemunho vai ser grande em nome de Jesus, assim que sair, levar minha filha, eu vou apresentar minha filha... porque foi uma vitória minha fia, assim pra mim, eu sei que ainda estou no hospital com ela, mas pra mim foi uma vitória entendeu, porque tá assim, eu não tô me sentindo bem, porque só de pensar que eu ia morrendo na sala do parto, minha fia, meus filhos, eu pensava nos meus filhos, pensava nela, entendeu (Família Cristal).

A presença de Deus foi citada nas falas de todas as participantes, não apenas como uma opção para solucionar o problema do RN, mas como calmaria em meio a turbulência da situação, como renovo espiritual, que permite um fortalecimento da união com Deus, resultando em pensamentos positivos e alegres que conduzem ao bem-estar do corpo e mente. Os argumentos das mães reforçam o amor incondicional de Deus por elas e pela família delas, que é demonstrado por meio de livramentos, pela evolução e por estar novamente junto do

bebê, após a separação abrupta que aconteceu com algumas depois do parto. Em razão disso, a apresentação na igreja é demonstrada como um agradecimento e compromisso com Deus para criar a criança dentro da fé cristã.

É escassa e pouco discutida a literatura científica sobre a influência do aspecto “divino” e “sagrado” na saúde das pessoas, que firmam sua fé em Deus para lidar e enfrentar o processo saúde-doença e, conseqüentemente, podem controlar o estresse, melhorar a autoestima e moldar o seu relacionamento com a família e filhos. Ao profissional da saúde cabe respeitar e oferecer o suporte e apoio, sempre que possível, para que a família possa se conectar a dimensão espiritual e responder a experiência vivenciada, a partir dos significados, expectativas e práticas que possibilitem uma nova perspectiva sobre a transição (Barros; Trindade, 2007; Oliveira *et al.*, 2013; Cunha; Eroles; Resende, 2020).

Por conseguinte, em relação à atividade profissional, emprego e renda, estão proporcionalmente relacionadas ao nível de escolaridade, o qual pode reverter as vulnerabilidades das famílias, visto que pode diminuir a pobreza, precariedade e a informalidade (Moscon, 2007). No entanto, todas as famílias da pesquisa encontram-se em alguma situação de vulnerabilidade, por exemplo: não ter renda suficiente para as necessidades básicas; não possuir uma habitação adequada em alvenaria, que pode comprometer a saúde da família e não ter fácil acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, que a prematuridade exige. Ainda, as mães que trabalham compreendem sua importância para compor a renda familiar, como também os impactos danosos que pode causar a saúde, como é possível observar nas falas a seguir:

Quando eu cheguei aqui eu quase enlouqueci por causa do meu trabalho, porque eu não sou concursada e nem trabalho por contrato, eu presto serviço para uma clínica, sou responsável técnica de uma clínica, presto serviço e recebo no particular, ou seja, eu estou sem trabalhar, tem uma pessoa que está no meu lugar por enquanto, mas eu estou sem trabalhar e isso mexeu comigo de um jeito, no dia que a minha bolsa estourou, foi de madrugada e eu ia trabalhar de manhã e eu queria ir na clínica resolver as coisas que tinha para depois ir no médico, aí meu marido conversou bastante comigo, aí eu fui direto para o médico, mas eu fiquei bastante (fez silêncio). E quando eu estava aqui interna antes dele nascer eu estava bastante preocupada porque tinha muita coisa para resolver e foi de última hora e foi uma correria (Família Esmeralda).

Porque lá eles falaram que eu posso voltar uma hora, mas não é a empresa em si, mas tipo o setor que eu estou, onde eu estou, eu trabalho muito com ligações, então tem muita pressão para tempo de ligação, é pressão para tudo, procedimento que trata de banco né, então há uma pressão muito alta e agora que eu fiquei grávida eu senti que a pressão aumentou...

Já não estava tendo mais disposição, não estava tendo mais cabeça para continuar, aí eu decidi que vou ficar em casa pra cuidar dele até um dia ele ficar melhorzinho e depois eu resolvo minha vida com meu filho (Família Turquesa).

Assim que eu soube que estava gestante eu pedi pra sair do trabalho, já sou hipertensa antes mesmo da gestação, aí para não agravar a esse ponto, eu pedi para sair do trabalho e a gente fica um pouco afastada né da sociedade, porque a gente quer se preservar, mais para não estar se estressando (risos), é eu senti dificuldade nessa parte (Família Ouro).

É porque eu trabalho com a minha avó, ela tem um escritório, aí quando eu tive a primeira perda de líquido, que eu fui na emergência, me disseram assim: “repouse por uns 15 dias”, mas não deram atestado e nem nada e se eu precisasse? Aí eu disse: “vó eu vou ficar em casa esses dias e quando eu me sentir melhor eu volto, para dar os 15 dias que eles falaram”... Foi piorando as dores, perdi mais líquido, tive um sangramentozinho, aí desde novembro que eu estou em casa sem trabalhar, aí eu fico imaginando, se eu fosse uma pessoa extremamente humilde que precisasse daquele trabalho, como é que ia ser? (Mãe- Família Ônix).

Segundo os dados de 2022, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres chefiam 49,1% dos lares brasileiros, representando uma mudança relevante quando comparada ao censo de 2010, cujo percentual de mulheres correspondia a 38,7% (IBGE, 2024). Percebe-se que ao longo dos anos, aumenta-se a inserção das mulheres no mercado de trabalho e muitas delas são a principal fonte de renda da família ou compartilham parte do que recebem para manter a família, como é o caso da família Esmeralda, em que a mãe estava querendo priorizar o trabalho, para manter-se empregada, em vez de ir de imediato ao hospital. Isso é consequência da lógica neoliberalista do atual sistema produtivo que não garante proteção ao trabalhador sobre a sua empregabilidade e prioriza o econômico, prejudicando o social (Oliveira, 2024; Moscon, 2007).

É necessário entender que as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho possuem perfis socioeconômicos muito diferentes, assim como lidam com realidades muito distintas umas das outras. Em paralelo a isso, a crença de que o trabalho feminino é secundário ou complementar induz um grande número de mulheres ao trabalho informal, precário e desprotegido socialmente, atingindo fortemente as trabalhadoras que são mães. Esse trabalho precário não é o mesmo que trabalhador pobre ou emprego incerto, mas faz referência a ausência da identidade segura baseada no trabalho, pois mesmo em empregos de baixa renda, muitas pessoas estão tentando construir a carreira (Feitoza, 2021).

A inserção da mulher no mercado de trabalho apesar de ser comemorado como conquista, não reduz o envolvimento dela em outras atividades domésticas, caracterizando como dupla ou tripla jornada de trabalho, ocasionando uma sobrecarga de funções (Oliveira, 2024). Mesmo que os papéis de gênero feminino e masculino tenham mudado e ambos os pais assumam as funções pelo RN, o cuidado continua sendo responsabilidade materna, dado que é

ratificado pelos IBGE (2022), que constatou um aumento de mulheres como provedora principal do lar, que já foi mencionado (Cunha; Eroles; Resende, 2020). Portanto, a proteção da maternidade percorreu e, ainda precisa percorrer um longo processo, pois o acesso da mulher ao mercado de trabalho ainda é difícil e pode resultar em um período de desregulamentação (Feitoza, 2021).

Adicionalmente, os relatos das mães estão atrelados a necessidade de dedicação integral à maternidade, pois prevalecem sentimentos de medo de acontecer algo com o bebê devido a tensão e/ou estresse do trabalho laboral e das comorbidades gestacionais, que poderiam agravar o risco e prejudicar o bebê, como a hipertensão. Inclusive, a mãe da família Turquesa informou que estava pensando em se demitir, por causa de todo o estresse, pressão e sobrecarga do trabalho que estava enfrentando e por sentir que após descobrir a gravidez essa tensão aumentou, já a mãe da família Ônix, precisou se afastar do emprego, o qual é para a sua avó, devido a complicações com a gestação.

Pontua-se que no período gravídico-puerperal acontecem mudanças na área biológica ou somática e na área psicológica e social, podendo deixar a mulher mais vulnerável ao estresse, tornando-a mais suscetível a distúrbios emocionais e se houver uma situação socioeconômica menos favorecida esse quadro pode ser agravado. Nessa fase, a família enfrenta grandes mudanças no contexto do relacionamento, seja ele conjugal ou familiar, nas atividades profissionais e na situação socioeconômica, dependendo da vulnerabilidade psíquica pode surgir transtornos mentais pré, peri e pós-natais afetando negativamente a saúde materno-fetal. Por consequência, o processo de maternidade e maternagem pode ser prejudicado, pois a mulher tenta alcançar um ideal materno, de modo inconsciente, que acaba elevando o nível de estresse (Cunha; Eroles; Resende, 2020).

Outra questão que emergiu foi a licença maternidade que é um benefício de proteção da saúde da mulher e da criança, assegurado pela Constituição Federal com duração de 120 dias, proporcionando um período de convivência necessário para a construção de vínculos afetivos. A licença pode ser estendida nos casos em que a empresa seja adepta ao Programa Empresa Cidadã, instituída pela Lei n. 11.770/2008, que amplia a licença maternidade para 180 dias, que é importante, pois nos primeiros meses de vida surgem os enlaces afetivos e psicológicos que servem de base para a personalidade e se estendem para toda a vida. Ainda, o bebê prematuro possui uma defasagem entre a idade real e a neurológica e com a internação prolongada, a mãe precisa permanecer no hospital, acompanhando seu filho, uma vez que é essencial para a boa evolução (Trópia, 2022).

Não obstante, quando a empresa não faz parte desse programa e o Estado não assegura

a convivência familiar, mesmo sendo sua obrigação, conforme dispõe a Constituição Federal, cabe à mãe recorrer a outras medidas, seja ela judicial ou entrando em um acordo com a empresa (Trópia, 2022). Nesse último caso, foi o que aconteceu com a mãe da família Jade, pois conseguiu licença maternidade e adiantaram as férias dela, para conseguir passar um tempo a mais com o seu bebê, uma vez que ele estava internado e a mãe precisava acompanhá-lo. Do mesmo modo, a mãe da família Diamante informou que ela conseguiu licença maternidade e que apenas o pai estava trabalhando no momento.

Trabalho me afastei né porque tem a licença maternidade afastamento (Família Diamante).

No trabalho é o pessoal lá, as meninas são bem amigas assim. Aquela parte né burocrática, mas deu tudo certo, aí já resolvi, eu estou de licença né e depois eles também me deram as minhas férias, adiantaram, para eu ficar mais um tempo (Família Jade).

A licença maternidade estende o tempo e o contato entre mãe e filho, de acordo com a lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022, que é insubstituível e só pode ser plenamente exercitado quando a mãe tem seu filho no colo de modo permanente, proporcionando um melhor desenvolvimento físico e emocional da criança. Contudo, nem sempre isso acontece e mesmo após quase 30 anos de vigência da Constituição de 1988 e 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda tenta-se alcançar o ideal de justiça e fraternidade social, com a finalidade de efetivar o interesse da criança, permitindo a convivência plena com a mãe. Dessa forma, não haverá violação da dignidade da pessoa humana e serão conservados os princípios protetivos (Trópia, 2022; Brasil, 2022).

5.2.2.2 Condições sociais

A internação de RNPT nas UN podem acarretar longos períodos de hospitalização, principalmente quando associada a prematuridade e, conseqüentemente, há uma permanência prolongada dos pais nesse ambiente. Por essa razão, os pais modificam a rotina diária, precisam aprender sobre os cuidados voltados para uma criança pequena e frágil, como também necessitam se adaptar à rotina hospitalar, em especial as mães que a cada 3 horas precisam realizar a ordenha. Por causa dessas mudanças, podem surgir sentimentos de ansiedade, frustração e estresse, e quando a mãe recebe alta e o filho continua hospitalizado essas emoções podem ser agravadas (Santos *et al.*, 2023).

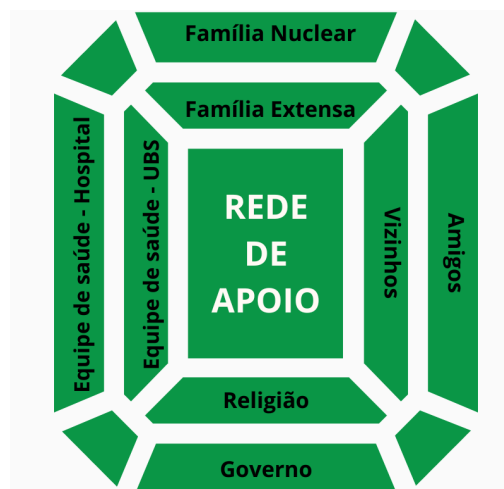
A adaptação a essa nova rotina pode ser desafiante para as famílias, mas o apoio social oferecido pelos familiares e pela equipe de enfermagem é importante para enfrentar essa fase

e se adaptar. Meleis *et al.*, (2010) expressa que a sociedade em geral pode ser um facilitador ou inibidor para as transições, mas um evento de transição estigmatizado e com significados estereotipados tende a interferir no processo de transição saudável. Por exemplo, os homens, em geral, não realizam os cuidados do bebê no domicílio, pois as companheiras não acreditam que eles sejam capazes de cuidar do filho e em decorrência de fatores culturais se limitam a ser provedores e as mães se tornam as cuidadoras (Oliveira *et al.*, 2024).

A composição do universo familiar é constituída por vários aspectos, dentre eles tem-se: a relação com os pais e familiares; os fatores biológicos/clínicos próprios de cada criança e os ambientes que participam, que envolve os serviços de saúde e as intervenções dos profissionais de saúde. Esses aspectos possuem significados e interpretação própria em cada contexto familiar que podem influenciar a maneira de compreender a complexidade da prematuridade. No entanto, a rede social de apoio possibilita identificar as interações estabelecidas, diante das situações de crise e o modo como os indivíduos lidam com essa transição (Nascimento *et al.*, 2019).

Portanto, a família é uma fonte de apoio imprescindível para vencer o processo da prematuridade, pois participa de forma ativa, podendo ser nuclear que compreende pai, mãe e irmãos e/ou extensa que se refere aos avós, tios e primos. Ainda, aqueles que não possuem laços sanguíneos, mas que fornecem suporte emocional e confiança, como os amigos, vizinhos, a equipe de saúde da UBS e do hospital, colegas de trabalho e os representantes religiosos são essenciais para ajudar a família a enfrentar o período de hospitalização do RNPT (figura 4). Nesse contexto, os pais conseguem identificar dentro da sua rede de apoio, os sujeitos que contribuem de forma direta ou indireta para o cuidado da família e os auxílios governamentais que também garantem o suporte financeiro (Oliveira *et al.*, 2013).

Figura 4 - Representantes da rede de apoio das famílias de recém-nascidos prematuros.



Fonte: Autora, 2025.

A rede social compreende um conjunto de seres humanos que interagem entre si de forma constante e possuem vínculos interpessoais ampliados, incluindo relações estabelecidas na comunidade (Nascimento *et al.*, 2019). Então, para a criança e para os genitores, quanto maior for a rede social de indivíduos que possam auxiliar a família é melhor, porém essa não é uma realidade para algumas famílias desta pesquisa. Além disso, as redes de apoio das famílias aqui apresentadas são compostas, majoritariamente, por outras mulheres, como: mães, irmãs, avós e amigas.

A gente entende que tem pessoas que têm seus trabalhos, sua casa para cuidar, tem a preocupação de me perguntar como estou, o que eu preciso, mas eu acho assim que pra cuidar mais de mim vai ser minhas irmãs, minha mãe e talvez minha sogra, mas é porque assim, minha sogra não muito, porque ela mora longe de mim e em um sítio, aí ela só vai uma vez no mês, às vezes, mas ela sempre está ali na mensagem, ela não sabe ler né, mas sempre manda áudio né (Família Diamante).

Não, o maior não está só com o pai, ele fica com o meu esposo também em casa, aí meu pai também fica com ele e o menor tá com o meu esposo e a minha sogra fica, minha sogra está acampada na minha casa na verdade (risos), meu esposo sempre cuidou porque eu sempre precisei me ausentar né, eu estudava e tal e ele sempre ficava boa parte do tempo, aí é tranquilo assim (Família Esmeralda).

Assim a minha coisa de apoio é minha mãe né, porque qualquer coisa eu ligo pra ela, o pai nem tanto porque... É mulé mas assim, é mais a mãe né, sempre é mais a mãe. É só a mãe mesmo, pra tudo (Família Andaluz).

O apoio social é importante porque o trinômio (mãe, pai, bebê) pode se adaptar e superar as dificuldades, em especial diante das mudanças que ocorrem ao longo da prematuridade. Vale destacar que os avós têm importância particular, pois são percebidos pela

família como as fontes de apoio mais significativas e responsáveis pela construção social da família, se analisar as falas anteriores, a família Diamante, Esmeralda e Andaluz mencionaram a presença da mãe e/ou dos sogros. Essa participação, principalmente em mães primíparas, contribui para que os pais adquiram confiança e experiência para o novo papel (Carvalho *et al.*, 2021).

Ainda, os profissionais de saúde devem ter atenção ao trabalhar em cima das possibilidades da rede de apoio e responsabilizar os usuários sobre sua proteção social, porque a dinâmica familiar apresenta diversas formas de organização, crenças, valores e práticas que surgem diante das situações que a vida expõe. Logo, a equipe de enfermagem é responsável por acolher o RNPT e sua família de modo integral e humanizado, visto que é na UTIN que os pais passam a viver e a desenvolver maior ansiedade pela estabilização do quadro clínico do filho. Apesar dessa situação, o pai precisa retornar às atividades laborais, enquanto que a companheira precisa estar presente na UN e isso intensifica a separação do núcleo familiar (Oliveira, 2024; Nascimento *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2023).

O pai costuma ser a primeira pessoa da família a ter contato com o bebê na UTIN, cabendo a ele interagir inicialmente com a equipe de saúde e administrar as atividades domésticas durante esse momento. Quando o marido ou o companheiro está participativo, preparado e envolvido emocionalmente com o bem-estar da mulher e do filho, o vínculo afetivo é fortalecido e as dificuldades enfrentadas tendem a ser minimizadas. Todavia, a licença paternidade é de apenas cinco dias corridos após o nascimento do filho, de acordo com a lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, sendo um condicionante inibidor, bem como a carga horária de trabalho do pai, que representam uma barreira que leva a ausência dele durante a internação (Brasil, 2016; Oliveira *et al.*, 2013).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 930/ 2012 estabelece que o pai deve ser incentivado nos cuidados prestados ao filho RNPT, bem como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que incentiva a participação do pai, durante a gravidez, parto, pós-parto e acompanhamento nos cuidados neonatais. Além disso, a lei nº 8.069/1990 do Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) determina que a mãe e o pai possuem os mesmos direitos, deveres e responsabilidades iguais no cuidado da criança (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2008; Brasil, 2012; Oliveira *et al.*, 2013). Porém, essa não é uma realidade vivenciada pelas famílias da pesquisa, como pode ser observado nas falas a seguir:

É que ele trabalha lá em Porto Calvo, aí quando ele vem para cá, para consertar aí ele já dá uma passadinha aqui, as vezes nem dá tempo, mas sempre que ele pode, ele

vem. Só ele que vem aqui, ninguém da família ainda não veio, desde que eu tô aqui, já faz 3 meses, por causa da distância e não sei porque também (risos), mas aqui mesmo só vem ele, mas daqui a pouco estou em casa mesmo (Família Opala).

Não porque ele trabalha, ele acompanhou em duas, mas ele trabalha e não deu para acompanhar no resto (Família Topázio).

Sinto muita, muita falta do meu marido, porque todo dia ele vinha, ele tava sem trabalhar, as horinhas que ele passava comigo já era tudo, eu conversava, me abraçava, a gente olhava a nossa filha junto, isso ia me dando força, agora não, ele só vem dia de sábado e domingo. E ontem foi que eu não aguentei, porque todo mundo visitando, que ontem foi o dia dos avós, vi aquela sala cheia e eu me senti sozinha ali, eu com ela no meu braço, eu não aguentei, eu digo meu Deus, aí a lágrima desceu na hora. Eu me senti só, ontem com ela no meu braço, eu digo meu Deus, vi o pai das meninas, as mães tudo ali. Eu também sinto muita falta do meu pai que faleceu e é isso, eu me desesperei, aí fiquei ontem. E a psicóloga disse que qualquer coisa eu poderia procurar ela (Família Cristal).

É notório que o pai não é apenas provedor ou coadjuvante no cuidado, mas um dos pilares da família junto com a mãe, sendo parte integrante, participativa e quando é ativo nos cuidados da esposa e do bebê, os desafios da prematuridade podem ser aliviados, como relatado pela família Cristal, em que a licença paternidade proporcionou momentos de conversa e afeto entre eles. Dessa maneira, esses momentos contribuem para a construção de um sentimento de unidade, força e resiliência para a família, e tanto as mães quanto os pais parecem reconhecer as necessidades da outra parte, assim, conseguem enfrentar juntos a nova situação (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016; Carvalho *et al.*, 2021).

Acerca do que se configura a rede social, ela pode ser analisada quanto ao tamanho (número de pessoas que se tem contato social); dispersão geográfica (quanto a proximidade com a família); forças das ligações e integração dos contatos, que está relacionada a quantidade de pessoas próximas. Pode ser também uma rede social formal, a qual refere-se à posição e aos papéis dos membros da sociedade, como: profissionais de saúde e da escola, e/ou rede social informal, em que os membros têm relevância pela dimensão pessoal e afetiva, por exemplo: família, amigos e vizinhos (Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019).

Nessa perspectiva, algumas questões podem dificultar a participação da família extensa, como: distância geográfica, que foi mencionada pela família Opala, a falta de recursos econômicos e sociais, que também influenciam no cuidado individual e familiar. Quanto a isso, o apoio social envolve cinco dimensões: apoio material; emocional (ter alguém para falar, desabafar e confiar); afetivo (demonstrações físicas de amor e carinho); interação social positiva (pessoas para se divertir e relaxar) e de informação. Essas dimensões são importantes para enfrentar as situações de crise ou de transições, em que a participação da

rede de apoio reduz os efeitos negativos do estresse, favorecendo o bem-estar físico e emocional (Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019).

Eu recebo muito apoio assim de amigas, colegas, a minha parte familiar recebi pouco apoio da família, mas a parte de colegas recebi muito apoio e, principalmente dentro de casa, do meu filho e do meu esposo (Família Ouro).

Estão todos preocupados, estão me dando assistência na questão de vir para cá também, porque como eu já tenho esse negócio de ansiedade essas coisas, eu sou muito inquieta, principalmente quando eu estou com crise, eu fico muito desinquieta ou se não fico em um canto o coração acelera e dá falta de ar. A pessoa que converso mais é o meu marido, embora ele não tenha esse convívio comigo de dizer o que ele sente, que é aquelas pessoas mais fechadas, eu não sou não, abro logo a boca para chorar, o que eu sinto. A pessoa que eu tenho mais confiança de contar mais, é para ele, aí eu falei que estava me sentindo só, aí ele está me dando assistência bastante nessa questão, ele está vindo quase todas as noites, trás a mãe dele, trouxe a minha mãe, trouxe minha prima, meu irmão, aí ficaram aqui em baixo e depois vão embora, mas só que eu vejo eles chegando, na hora de ir embora o coração fica desse tamanho (fez gesto com a mão, simbolizando pequeno) e, principalmente ele eu sou muito apegada a ele, ao meu marido (Família Pérola).

A única pessoa que eu falei foi com o pastor que eu até pedi uma oração, que ele até fez um clamor lá na igreja e assim não tive mais contato, também eu perdi o meu chip mais velho, estou com um novo agora, até vou pedir a minha irmã (Família Cristal).

A gente mora encostado na nossa igreja, aí o pessoal está sempre lá (risos). Aí esses dias eu não tinha conseguido ir para a igreja e tal, aí ontem a gente ficou em casa e foi, isso é muito bom. Agora, como a médica pediu para não ficar tão exposta, aí eles não estão indo muito assim, mas sempre falando, sempre ligando. Antes disso tudo, eu não contaria com os vizinhos, sabe, mas como eu disse agora depois que ele nasceu e tudo isso aconteceu, eu vi que tem muita gente que eu posso contar (Família Jade).

Observa-se a presença de uma rede social informal, em que foram mencionados: os vizinhos, membros da igreja, colegas, amigas e família, sendo que a dimensão predominante nessas falas foi a emocional. Assim, a mãe Pérola informa que a assistência do marido, as visitas e conversas funcionam como uma terapia e reduz a solidão que sente no hospital. Ressalta-se que a transição atribui significados conforme os valores, crenças e atitudes que personificam o caráter de cada ser humano, logo, as famílias Cristal e Jade realçam as crenças como facilitadoras no processo de transição, à medida que há uma prevalência de emoções positivas, apesar das adversidades, em que as visitas da igreja e o clamor dos membros da igreja, representam a confiança depositada em Deus (Tavares; Silva; Magalhães, 2022).

O contexto familiar é único e os profissionais da saúde precisam compreender a estrutura e a dinâmica, para que possam planejar uma assistência integral e de acordo com as

necessidades particulares de cada família. Na UN do HUPAA tem um dia específico para a visita dos avós, mas outros parentes como: irmãos, tios(as) e/ou primos(as) não podem entrar no setor, essas normas e rotinas rígidas também dificultam a presença mais efetiva da rede de apoio, que poderia colaborar com uma formação de vínculo mais forte com o RNPT (Nascimento *et al.*, 2019). Isso pode ser uma condição inibidora para os pais que não têm apoio, pois segundo a pesquisa de Dessen e Braz (2000), para as mulheres o apoio emocional é o mais importante para alcançar o bem-estar, enquanto que para os homens é a ajuda material.

Descobriram que as mães utilizam mecanismos diferentes dos pais diante da prematuridade, elas obtêm maior parte do apoio dos cônjuges e são otimistas quanto ao quadro clínico do filho, enquanto os pais parecem obter maior parte do apoio da equipe de saúde e são realista sobre a saúde do filho, buscando estratégias de enfrentamento. Contudo, quando os pais estão em um estado de instabilidade emocional ou a família não tem senso da realidade, é difícil entender o que é comunicado, podendo passar a agir automaticamente, como se fossem espectadores do filho (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016).

Essas informações mostram que os pais e as mães têm valores diferentes, provavelmente associados aos papéis de gênero feminino e masculino, que por sua vez tem relação com o papel de cuidadora e de provedor, respectivamente. Na contemporaneidade, há uma modificação do papel paterno em decorrência das mudanças culturais, econômicas e sociais, à medida que tanto o pai quanto a mãe dividem os cuidados dos filhos, ou seja, os pais passam a gastar mais horas em atividades com seus filhos, aumentando a possibilidade de participação na rotina doméstica (Dessen; Braz, 2000; Nascimento *et al.*, 2019).

O homem apesar de ser a principal fonte para a mãe, encontra-se em uma posição repleta de pressões e obrigações, bem como vive muitas apreensões, inseguranças e frustrações, seja pela falta de preparo para a paternidade ou para a hospitalização, isso interfere também no autocuidado, no cuidado do resto da família e do bebê. Por conseguinte, as diferentes experiências na UTIN podem ser difíceis de entender, pois a transição relacionada ao nascimento pré-termo e a internação é múltipla, complexa e dinâmica. Porém, podem ser minimizadas pela segurança que os profissionais transmitem e pelo suporte da família nuclear e extensa, visto que os laços tendem a ser mais fortes e sólidos, mesmo que a condição de saúde se torne crônica (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016; Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019; Carvalho *et al.*, 2021).

Além disso, as variações de comportamento do bebê por causa do seu desenvolvimento exigem adaptações constantes por parte da família, para realizar o cuidado,

sustento do novo membro e adequar a nova estrutura de funcionamento familiar (Dessen; Braz, 2000). Em virtude disso, muitas famílias possuem outros filhos que não estão internados e, por isso, precisam se fragmentar entre a vida hospitalar e a vida fora da instituição, para continuar seguindo a rotina da UN, essas situações atípicas sobrecarregam as mães durante todo o período. Outra questão sinalizada nas entrevistas, foi que quando as mães estavam no hospital, outras mulheres se responsabilizaram pelos cuidados externos à unidade (Oliveira, 2024).

Difícil, as meninas uma fica com a tia e a outra fica com a outra, aí desde que eu estou aqui, fui em casa acho que 4 vezes, inclusive da vez que eu fui, foi no sábado e voltei no domingo porque uma fez aniversário aí eu fui ficar com ela, aí voltei no domingo. Quando eu cheguei aí já disseram que minha bebê iria para a UCI graças a Deus (Família Opala).

Meus filhos são de outro relacionamento, minha filha mais velha ficou com a minha mãe e meus dois filhos ficou com meu ex-marido e, assim, eu falo com eles por vídeo chamada, assim de vez em quando porque o pai também chega tarde, o pai deles e quando chega, já chega dormindo. E minha filha eu falo assim todo dia pelo telefone (Família Cristal).

Se você ver, quando eu tava grávida minha filha beijava tanto a barriga, tão bonitinha (risos), aí como o meu filho via ela beijando, aí beijava também (risos), faz uma falta mulher, tem hora que dá vontade da pessoa se desesperar, mas se desesperar é pior. Mas não dá para ir para casa, que é Viçosa e tem que ir para voltar no mesmo dia, aí complica carro, lá é povoado tem carro direto né, mas só que para eu andar de van não sei chegar aqui, aí tem que ser um carro que venha me buscar aqui.

Meu amigo, ele me ajuda muito e veio pra cá ficar comigo esses dias e nem queria ir né, mas só que não pode ficar porque eu já sou acompanhante do bebê. Ele está morando comigo porque tá com os meus meninos para ajudar a mãe, porque a mãe também precisa agora ir pra casa né, ajeitar a casa dela, porque ela estava na minha casa (Família Andaluz).

É predominante na rede de apoio a participação da família materna e/ou parentes do sexo feminino, que foi ratificado pelas falas desta pesquisa, mas amigas(os) também exerceram funções importantes durante esse processo, como para a família Andaluz, em que o amigo acompanhou a mãe no pós-parto e, posteriormente, ajudou a cuidar dos outros filhos que ficaram em casa. Essas conexões sociais são positivas e estimulantes para a família, contribuindo para diminuir a inquietação e preocupação com os outros filhos, pois a distância e fatores econômicos entre o hospital e o lar, podem limitar as idas e vindas das famílias, mas saber e poder contar com um forte apoio social fornece alívio (Carvalho *et al.*, 2021).

As mães vivem uma realidade paralela, porque ao mesmo tempo em que precisam cuidar do RNPT, tem que “deixar” os outros filhos em casa, essa situação se agrava quando a

mãe recebe alta, como foi o caso da família Topázio, em que não havia cama no alojamento, apenas a poltrona, mas ela também não conseguia ir para casa, porque acreditava que estaria abandonando o filho. Ademais, no dia seguinte era aniversário do seu filho mais velho, mas ela tinha medo de ir e deixar de ser a “próxima” a conseguir a cama. E, mesmo as mães que retornavam para casa para ver os filhos, voltavam logo para o hospital, para continuar acompanhando seus bebês, como a família Opala.

Isso pode ser resultado da deficiência no processo de preparo ou nas orientações para as famílias por parte dos profissionais de saúde, sobre o alojamento, porque mesmo as transições envolvendo sentimentos conflituosos, quando as mães recebem informações consistentes durante a internação, a adaptação é facilitada. Em razão disso, a rede de apoio profissional deve começar antes da gestação, quando os pais estão fazendo o planejamento familiar, de modo a ganhar a confiança e compreender os desejos da família, permitindo que a equipe de saúde forneça as informações mais adequadas, a fim de atender as individualidades de cada uma (Carvalho *et al.*, 2021).

Algumas famílias que foram acompanhadas pela equipe de saúde da UBS, falam com carinho e afeto sobre a qualidade da consulta de enfermagem, a maneira que foram tratadas e que a enfermeira buscou compreender os múltiplos significados da gestação para os pais, como também procurou saber sobre o entendimento deles acerca da amamentação, para orientá-los, aplicando um cuidado integral. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também foram elogiados, pois além de fazer a captação das pacientes, oferecem um apoio emocional, para a mãe desabafar e conversar, mesmo que seja por celular, como foi descrito pela família Diamante.

Pai= *Eu ficava com muita raiva mesmo, quando uma consulta que eu levava uma semana, duas semanas para marcar e a consulta não era dez minutos e consulta que eu digo de obstetra, ouvia e tal, mas era muito vaga, ele dizia: “olha o coração e o batimento está bom, já fez a ultrassom morfológica? Vou passar aqui viu”, pronto.*

Mãe= *Enquanto que a minha consulta no posto era quase uma hora, que eu ficava dentro da sala com a enfermeira.*

Pai= *Era, ela dizia: “mãe você já sabe como tirar o leite? Sabe como se faz o bico? No posto de saúde do Graciliano, a mulher ensinando a ela, conversou um pouco com ela, para entender como é que está a cabeça dela.*

Mãe= *Ela não fazia só o papel da enfermeira olhando o bebê, ela cuidou de mim sabe!*

Pai= *E eu acho que isso se enquadra como um papel de médico.*

Mãe= *Ela foi mais médica do que os médicos.*

Pai= *Entender um pouco da paciente, porque ela vai poder direcionar ela para os outros profissionais que vai poder ajudar ela, que vai saber se está desgostosa da gravidez ou assim ou assado.*

Mãe= *Quando eu não ia na consulta, ela mandava o rapaz, o agente ir na casa da minha mãe para ir atrás de mim. Pronto, agora na semana passada, ela foi mandou*

o agente ir atrás do meu pai, para saber de mim, o motivo de não ter voltado para a consulta, porque eu estava esperando sair o resultado do exame para levar para ela e ela já disse que eu estava demorando, ela mandava ele ir atrás de mim (Família Ônix).

Não, foi porque a gravidez era de risco, aí de lá a minha enfermeira encaminhou para cá, conseguiu a vaga, aí eu vim, aí fiz todos os exames que o médico pediu e tudo normal os exames que eu fazia, não dava nada (Família Opala).

A minha agente sim, inclusive ela pergunta quase direto, como a gente está aqui, se tem previsão, ela é muito, dá apoio mesmo, me ajuda que só. Nunca prestei parceria assim, mas ela é uma pessoa boa né, assim ela deu um cuidado a mais (Família Diamante).

Entretanto, nem sempre isso acontece e nesta pesquisa 78,6% das famílias não planejaram a gravidez, somado a isso, 71,4% não realizaram a quantidade mínima de seis consultas estabelecida pelo Ministério da Saúde. Então, quando essas famílias se deparam com uma gravidez de alto risco o impacto é maior, pois o preparo psicológico e científico podem não ter acontecido ou ter ocorrido de forma superficial. Dessa forma, os profissionais da saúde estão em uma posição ideal para influenciar os pais para atingir a conformidade, mas para isso, eles têm que compreender as emoções da família em tempo hábil, concomitantemente, os pais precisam confiar na equipe de saúde e esse pode ser o fator decisivo para se adaptar a transição (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016).

Quanto a isso, a equipe hospitalar deve mostrar a família que está preparada para fornecer uma assistência de qualidade para o RNPT, principalmente quando a mãe não está presente, o enfermeiro pode demonstrar apoio na transição para o papel parental, aumentando a autoestima, interagindo com os pais e o bebê, incentivando-os a aprender habilidades no cuidado e identificando o funcionamento da família. É notório que a família requer tempo para se ajustar emocionalmente ao papel de mãe/pai, pois quando a criança é prematura gera uma dificuldade em associar que realmente se tornaram pais e os profissionais da saúde nesse processo devem garantir uma assistência humanizada e integral, diante dos sentimentos negativos (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016; Parente, 2016; Santos *et al.*, 2023).

Ainda nesse panorama, no estudo de Alves e colaboradores (2022) constatou-se que os amigos e vizinhos contribuem para a mobilidade da família, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social quando são comparados aos grupos sem apoio. Assim, apesar da baixa frequência de visitas no hospital por parte de alguns familiares, na forma presencial, amigos e parentes buscaram formas diferentes de comunicação e suporte emocional, como: ligações telefônicas e mensagens via *whatsapp* envolvendo fé e esperança,

na tentativa de confortar e ajudar a família a superar essa transição. Esse apoio virtual está atrelado a um espaço de interação, compartilhamento de informações e dúvidas, que apesar da distância física, reduz a saudade (Nascimento *et al.*, 2019).

A minha mãe também, ela não sabe ler, mas tá ali no áudio, quando a gente não fala, ela desenrola tudo no whatsapp. Minha sogra é bem presente, manda mensagem todo dia inclusive, quando não respondo ela me pergunta, o que houve? (risos) Sempre pergunta (Família Diamante).

E questão assim de amigos é aquela coisa tem gente que você acha que é muito seu amigo e que lhe surpreendeu de forma negativa e pessoas que você nem era tão próxima, mas nesses momentos, pelo menos comigo foi assim, muita gente que eu nem esperava ajuda, apoiou e tudo e muita gente apoiou. Como agora, essa semana ele precisou de doação de sangue, muita gente, eu nem esperava, muita, muita gente mesmo veio doar, gente que era tipo assim colega que a gente tinha vizinho ou um colega que só seguia no instagram, mas que não conversava, muita gente se sensibilizou, compartilhou. Eu estava dizendo ao meu esposo, nosso bebê veio para mudar muita coisa assim na nossa vida, a gente está vendo o mundo totalmente diferente, em relação a tudo (Família Jade).

Sempre tem aquela mensagem de apoio, aí quando eu boto para ler, pronto eu boto para chorar, aí vem aquelas mensagens que você tenha força, confie em Deus que logo, logo você vai sair com seu filho. A pessoa já está frágil, a sei lá ... Minha irmã liga direto, ela mora aqui em Maceió, “Como é que está o bebê?”, “Quando é que ele vai sair?” (Família Andaluz).

É perceptível como as redes sociais emergem como novos espaços de socialização, redefinindo as formas de se relacionar e empoderando a população nas causas sociais, como a doação de sangue que foi mencionada pela família Jade, permitindo uma comunicação de baixo custo de forma rápida e abrangente. A promoção da saúde estimula os indivíduos, em sua coletividade, a implementar a participação comunitária e um dos fatores motivacionais principais é a consciência da necessidade de sangue por parte dos familiares e amigos, proporcionada pela divulgação do assunto, que no caso, foi feita pelo *instagram* e houve o compartilhamento (Silva *et al.*, 2018).

As mídias sociais no contexto da internação é um facilitador, no sentido de aproximar as famílias e amigos, bem como proporcionar a participação social e emocional deles, contribuindo para conduzir a mãe e o pai para um período de estabilidade. Fazer com que a família do RNPT não se sinta sozinha é crucial para o desenvolvimento da criança, pois a participação da rede de apoio pode influenciar o aleitamento materno, pode garantir maior segurança aos cuidados do bebê, além de que estarão sensibilizados sobre as condições atuais de saúde, como foi citado pela família Diamante, que a mãe e a sogra sempre estão em contato (Silva *et al.*, 2018; Alves *et al.*, 2022).

A distância dos filhos e a ruptura das tarefas cotidianas também pode agravar a

ausência de outros familiares no hospital, em um momento de tristeza e dor. Da mesma forma, podem surgir conflitos provenientes dos diferentes papéis exercidos pelas mulheres, por exemplo: mãe, esposa, profissional e dona de casa, isso pode influenciar e intensificar o desgaste emocional. Nesse sentido, é importante conhecer os recursos pessoais que cada família possui, por exemplo: inteligência emocional, autoestima e esperança, para saber a maneira como esses recursos interferem como fator de proteção para o desenvolvimento da família e do RNPT (Nascimento *et al.*, 2019; Barros; Trindade, 2007).

São diversos os riscos da prematuridade e isso coloca a família em uma situação de crise, por essa razão, reconhecer os desafios enfrentados pela família, como: medo da perda, período de amamentação e mudança de rotina, são essenciais para que a equipe de enfermagem forneça as ferramentas e/ou estratégias necessárias (Santos *et al.*, 2023). Também é importante identificar se há insuficiência de recursos pessoais e institucionais para essa família, restando contar com o auxílio do governo (Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019). Assim, os profissionais ao compreender a dinâmica das redes de apoio e condições financeiras da família podem contribuir para o desenvolvimento de um olhar ampliado, humanizado e efetivo sobre as condições de saúde, desconstruindo a visão biomédica estruturada dentro dos serviços de saúde (Alves *et al.*, 2022).

Cuidar de uma criança representa acolher, compreender sua família e rede de apoio, a fim de que eles alcancem autoeficácia mais elevada, fortalecendo vínculos e concedendo suporte financeiro (por meio da equipe de serviço social) para aquelas famílias que não possuem atividade remunerada (Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019; Pinheiro *et al.*, 2023). Portanto, cabe à equipe multiprofissional orientar sobre os instrumentos que resultam no acesso à saúde e nos direitos sociais, objetivando a autossuficiência materna e paterna (Oliveira, 2024). A percepção e sentimentos do pai da família Ônix em relação às condições financeiras pode ser observada abaixo:

É assim, é aquelas pessoas que vão vir falar contigo na necessidade, mas para ajudar, entende? Trabalha com conselheiro dando, seja financeiramente, que às vezes a gente tem uma necessidade financeira, tipo uma conta de energia, às vezes não tenho cem reais (R\$100,00) para pagar por exemplo, porque a despesa é grande, as vezes é uma fralda, esse mês que passou foi muito gasto e agora, então! Caso eu precise em um momento e outro, meu pai ainda ajuda, mas assim contar, não é que eu diga a você que a gente sempre que precisa elas estão fazendo por nós, mas é aquela coisa assim que se precisar de ajuda, do meu filho mesmo agora, ninguém chegou lá, minha mãe, meu pai, minha madrastra, ninguém foi lá, só o meu irmão que pegou ele, ficou com ele (Pai - Família Ônix).

O trabalho é o principal meio pelo qual os sujeitos constroem sua existência, formam uma identidade e dedicam-se ao desenvolvimento profissional (Anominondas *et al.*, 2021). Contudo, o desemprego e/ou falta de trabalho prejudicam a organização da vida, fazendo com que os pais recorram a uma estratégia de sobrevivência comum que é contar com o auxílio financeiro da família, mas como relatado pelo pai da família Ônix ele não pode depender da sua rede de apoio, porque possui uma ligação frágil. Nesses casos, as famílias recorrem às políticas públicas, mais especificamente ao bolsa família, nesta pesquisa cinco famílias o recebem (Família Opala, Família Ouro, Família Cristal, Família Topázio e Família Andaluz) e duas famílias tiveram esse recurso cortado (Família Ônix e Família Coral), mas o motivo não foi especificado.

Nota-se assim, que a prematuridade afeta a qualidade de vida daqueles que sobrevivem a ela e de suas famílias, que experienciam uma situação limítrofe de incertezas e inseguranças, cujos esforços dedicados devem ser constantes ao longo da internação. Embora os pais realizem grandes esforços para exercer seu determinado papel, eles podem se sentir psiquicamente fora de sua função. Então, com o intuito de promover um desenvolvimento infantil saudável, para que essa família tenha um impacto significativo na eficácia parental, é necessário que haja uma aliança entre os segmentos da sociedade e o governo, pois a conquista de uma vida com qualidade não se refere somente à saúde, mas também as relações interpessoais ofertada pelas redes de apoio (Silva; Sei, 2024; Almeida; Ramos; Figueiredo, 2019).

5.2.2.3 Condições da comunidade

O apoio e valorização dos cuidados à família fragilizada é imprescindível e os condicionantes da comunidade, os quais envolvem os serviços de saúde dos hospitais e UBS, a equipe de enfermagem e o método canguru, podem garantir aos pais segurança e tranquilidade nos momentos difíceis. Diante disso, o enfermeiro que atua no acolhimento e no vínculo entre mãe, pai e bebê, exerce um papel importante incentivando a construção da autonomia para o cuidado materno/paterno e viabilizando instrumentos para trabalhar e compreender as experiências emocionais, de modo que a família possa enfrentar a hospitalização (Santos *et al.*, 2023).

O nascimento de um filho prematuro é uma experiência atípica e imprevisível e essas crianças enfrentam uma considerável falta de energia e capacidades fisiológicas limitadas pela imaturidade de seus sistemas. Por isso, a equipe multiprofissional é fundamental durante toda a trajetória, para proporcionar um ambiente favorável, de confiança e de liberdade, a fim de

que os pais possam tirar dúvidas e desempenhar sua função de protagonista do cuidado, pois beneficia o bebê em diversos aspectos. Essas famílias também precisam de apoio psicossocial e de esclarecimentos sobre o quadro clínico do RNPT e a equipe de enfermagem é fulcral para atender as demandas do bebê e dos pais, mediante o apoio, compreensão, vínculo, comunicação e intervenções planejadas (Anominondas *et al.*, 2021).

A assistência de enfermagem é considerada um dos pilares das práticas de saúde, onde há o cuidado transversal para minimizar os impactos da internação, como também a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos. Outrossim, a assistência aos RNPT deve estar embasada nos conhecimentos científicos e as ações técnicas e éticas, centradas na humanização, ao mesmo tempo em que a família se torna parte efetiva do processo. Essas ações humanizadas não requer equipamentos caros ou treinamentos especializados, porque são de fácil compreensão e são elementos-chave para impactar positivamente o bem-estar das pessoas envolvidas no processo saúde-doença (Afonso; Francisco; Castro, 2021; Anominondas *et al.*, 2021; Leal; Franco, 2024).

Segundo Meleis e Trangenstein (2010) a missão da enfermagem deve facilitar e lidar com pessoas que estão passando por transições, esclarecendo aspectos de cliente, saúde e ambiente, uma vez que a transição pode corresponder a conceitos de adaptação, ao autocuidado, expansão da consciência e tornar-se humano. Não obstante, observou-se nas descrições dos pais, que há uma falta de estrutura por parte da equipe de enfermagem, quanto às prioridades da assistência, conduta para seguir as regras da UTIN e passar as informações, fazendo com que a atuação e a excelência no processo de trabalho deixem a desejar.

É, eu acho que não fazem direito, também como eu te falei né, assim, não tem aquele cuidado, falta de iniciativa, é de qualquer jeito, coloca comida e deixa para lá, tipo tem umas ali que coloca comida e sai. Aí tipo, a minha é na bomba, tem que olhar quando termina, para fazer a lavagem, aí elas não fazem, aí outras que vem e faz, eu já prestei atenção a isso. Tem uma ali que ela só botou a comida, aí vinha outra que quando ela chegava não estava nem aí. Tem também assim, eu tiro o leite e deixo lá, aí quando vem chegar demora, está lá o leite eu sei que tem o risco de contaminação, um monte de coisa, aí a pessoa fica triste com essa situação né, como se não quisesse fazer direito (Família Diamante).

É boa, o problema realmente são os médicos que demoram muito para dar um retorno para a gente de tudo o que acontece com os bebês. Então, os enfermeiros a gente tem pouco contato, quase nunca chega para falar alguma coisa, não tem contato. Os enfermeiros não conversam com a gente, eles vão lá, por exemplo: eles fazem os acessos né, uma coisa ou outra, pronto e só, a gente tem mais contato com os técnicos, inclusive tem uns técnicos maravilhosos e tem outros, que só Deus. Olhe esse plantão de hoje, é o plantão dos maravilhosos, aí tem o plantão dos preguiçosos e um dos antipáticos. Dá nem para acreditar né. Não, esse dos preguiçosos, colocaram só uma mesmo, que ela tem que trabalhar por todos os outros, mas é sério, bem complicado aí.

Eu fico querendo saber mas não tem como porque a gente pergunta e eles ficam: “mãezinha, mãezinha venha depois”, como se fosse uma piadinha, ninguém aguenta não, eu tenho certeza que alguém já deve ter falado sobre isso, porque lá em cima é o que mais a gente reclama, que não passam as informações para a gente, fica bem complicado (Família Esmeralda).

Assim depende né também, tem uns técnicos que trabalham bem, tem uns que não, mas se a pessoa for falar mesmo o que ver lá dentro. Tem alguns técnicos que trabalham bem, não todos né, mas tem equipe que só Jesus! Tem uns que são excelentes, maravilhosos, se a gente pudesse diria assim: “fique só com ela”, mas tem uns que não. Vou nem citar nomes aqui de quem é, quem é bom e quem não é né, assim, mas se eu pudesse escolher entre duas de lá dentro, eu dizia: “fica só vocês duas com a minha filha” (risos), porque são excelentes, ótimas (Família Opala).

A percepção e experiência das famílias acima citadas mostraram-se negativas, quanto aos cuidados de enfermagem na UN, destacando-se a desatenção, falta de iniciativa, falta e/ou falha de comunicação, que interferem na confiança sobre as práticas profissionais que envolvem os cuidados diários do RN, como a alimentação e troca de fraldas. A UTIN é um ambiente diferenciado e singular, repleto de respiradores mecânicos, fios, sondas e cateteres conectados a um bebê, que está debilitado e frágil, muitos profissionais possuem destreza para lidar com a gravidade e/ou situações de emergência, isto é, com as tecnologias duras, mas em relação a aplicação das tecnologias leves é insuficiente (Klock *et al.*, 2019; Lima; Siqueira; Ventura, 2022).

Isso é observado na fala da mãe Esmeralda, em que a comunicação é falha e o distanciamento dos enfermeiros prejudicam a formação do vínculo. No cenário de internação, a comunicação franca entre os pais e a família ameniza a ansiedade e alivia o sofrimento, no entanto, quando a equipe não consegue auxiliar a família a vivenciar a hospitalização de forma menos traumática, por meio de uma boa recepção e comunicação eficiente, sentimentos negativos podem surgir (Lima; Siqueira; Ventura, 2022; Leal; Franco, 2024). As famílias Diamante, Esmeralda e Opala relataram que tem profissionais que não trabalham bem e são descuidados, inclusive a mãe Esmeralda que permaneceu na UN por 95 dias, informou que existem três equipes: a dos maravilhosos, dos antipáticos e dos preguiçosos.

A humanização dos cuidados de enfermagem na UN enfrenta vários desafios, como: a alta demanda de trabalho, a rotatividade de pacientes e a complexidade dos cuidados intensivos, podendo dificultar para os profissionais de enfermagem oferecer tempo e uma atenção individualizada. Ademais, o enfrentamento da morte e a tomada de decisões difíceis podem gerar desconforto e frustração, que refletem na maneira como cada profissional se envolve individualmente no processo, e isso faz parte do cuidado em neonatologia cotidiano

(Klock *et al.*, 2019; Leal; Franco, 2024).

A ontologia do cuidar é compreendida vendo, escutando e sentindo o RNPT e sua família como um todo, além disso, a presença afetiva da equipe de enfermagem é tão importante quanto os procedimentos técnicos, visto que eles nem sempre funcionam diante de situações de estresse. A relação da equipe durante o período de gestação, internação do bebê e nos cuidados com ele, pode ajudar a família a exercer a parentalidade, frente a prematuridade ou resultar em adversidades (Lima; Siqueira; Ventura, 2022; Silva; Sei, 2024). Partindo dessa realidade, foi evidenciado o desamparo e falta de preparo pela equipe na fala das mães, a família Rubi e Topázio também mencionam a aflição sobre a maneira que receberam as notícias sobre seus filhos.

Não tenho o que reclamar, mais um dia minha bebê estava dessaturando e a técnica falou que ela não iria aguentar, eu não sabia se ela tinha falado que ela não ia aguentar ficar no CPAP ou que ia morrer, eu fiquei tão nervosa e esse foi o momento que eu não gostei (Família Rubi).

Eu acho que a atenção, não que as meninas da UTI sejam menos atenciosas, mas as da UCI também tem uma atençãozinha a mais quando você chega. Explica como funciona, que ali é um cuidado diferente da UTI, eu acho que foi mais isso, que quando eu fui para lá que eu cheguei na UTI, as meninas me disseram que meu bebê estava na UCI, aí tive que ir para a UCI, não sabia, não fui informada.

Nossa acho que nunca chorei tanto na minha vida, porque quando ligaram era nove e pouca da manhã, aí eu tava dormindo, eu acordei, porque não foram avisar no meu quarto e estavam gritando no corredor, quem era a mãe do RN que estava lá em cima e a moça que estava do meu lado: “olha estão te chamando lá no terceiro andar”, eu disse: “aconteceu alguma coisa”, ela disse assim: “a moça estava gritando no corredor procurando você”, eu disse: “ô minha gente, pelo amor de Deus, sair gritando assim é para matar um do coração”. Aí eu fui e subi, deixei meu marido dormindo e subi, quando eu cheguei ninguém tinha falado nada, o rapaz fez assim: “vá falar com a doutora”, aí eu disse pronto, aconteceu alguma coisa, aí quando ela falou assim “olha eu tentei o máximo manter ele aqui, mas infelizmente”, aí eu disse: ah vou morrer do coração.

- ela disse: infelizmente não deu, ele está regurgitando muito,

- eu disse: oh meu Deus, vou morrer antes da hora (a mãe relata um pouco ofegante, ao lembrar do acontecido).

- ele está regurgitando muito, então é melhor ele ficar na UTI, porque ele vai ter uma observaçãozinha maior.

Fiquei desesperada, acho que foi pelo choque, por não ter dito logo o que estava acontecendo, era apenas ter dito: “olhe está vomitando muito, pronto”. Eu pensei logo: pronto morreu, misericórdia. Aí eu já estava tão nervosa que o meu psicológico só teve uma reação, chorar; eu chorava que soluçava, eu me tremia todinha. Meu marido que veio atrás de mim, porque eu fiquei um bom tempo lá, tentando segurar o choro e eu não conseguia. Ele veio atrás de mim na UTI, perguntando o que foi, o que foi, o que foi e eu não conseguia falar, aí desceu para o quarto para avisar a doutora que eu estava tendo crise de ansiedade, pronto eu não gosto de falar sobre o assunto porque é difícil, porque eu passei por isso duas vezes, desse susto, delas ligarem e não explicarem direito e a cabeça da gente fica totalmente desorientada (Família Topázio).

É imprescindível que um profissional saiba dar uma notícia a família, para isso pode ser usado protocolos, por exemplo: o *SPIKES* que é utilizado amplamente na oncologia, mas é aplicável em qualquer situação clínica, que lide com más notícias e o *EMPATHY* que propõe lidar com as emoções em um ambiente adequado, entendendo o conhecimento que a família possui, usando a linguagem adequada, falando a verdade e empoderando a família para tomar decisões. Há também as recomendações na literatura que quando colocadas em prática podem reduzir uma situação de intenso potencial traumático e melhorar a percepção dos pais sobre aquele momento. Se os protocolos forem seguidos será mais efetivo realizar a comunicação da má notícia, bem como uma conversa cuidadosa, honesta e clara, não tirando a esperança da família (Marçola *et al.*, 2020).

Nas falas acima destaca-se tanto a falta de delicadeza e empatia no modo de falar, gerando confusão sobre a informação, quanto a postura profissional inadequada: gritando pelos corredores e não avisando sobre a transferência do bebê de uma UN para a outra, que a mãe declara ter passado duas vezes pela mesma situação. A precária comunicação entre a equipe e os pais pode gerar dificuldade de compreensão do quadro clínico da criança, tendo consequências indesejáveis para o bebê e para os próprios pais, como a família Rubi que a mãe ficou nervosa e a família Topázio que teve crise de ansiedade. O desconhecimento e a incompreensão, potencializam o sofrimento dos pais, que podem se sentir destituídos do seu papel parental, ou seja, de poder decidir sobre como conduzir a relação e/ou passa a acreditar que seu filho está morrendo (Barros; Trindade, 2007).

Salienta-se que a superlotação da UTIN também interfere no desempenho do trabalho dos profissionais (Silva *et al.*, 2020), pois aumenta o número de leitos, mas não aumenta o quantitativo de profissionais, como é o caso do HUPAA, onde colocam dois leitos extras e às vezes três, e os profissionais precisam se desdobrar para prestar uma assistência adequada. Dessarte, realizar uma rotina agitada, assumindo diversos cuidados, atendendo os bebês com diversos quadros de saúde e, ainda otimizar a assistência, é uma realidade utópica, principalmente quando não há condições ideais de trabalho, pois o que sucede é uma sobrecarga de trabalho sobre a equipe de saúde.

As condutas tomadas ou não pelo enfermeiro interferem na assistência em saúde, seja identificando problemas ao seu redor, tomando decisões, desenvolvendo uma análise crítica e motivando os profissionais da equipe, esses processos interferem no ser enfermeiro enquanto ser humano e profissional, influenciando sua autonomia no processo de cuidar. Na UN o bebê é considerado o sujeito do cuidado e a equipe se esforça e se compromete para melhorar a

assistência, porém com os relatos negativos das famílias, percebe-se que é necessário uma sensibilização da equipe para fornecer cuidados de alta qualidade e centrados na família, de modo a facilitar a transição vivenciada frente a prematuridade (Klock *et al.*, 2019; Leal; Franco, 2024).

Em contrapartida, também houve elogios pelas famílias Ônix, Cristal e Diamante, as quais destacaram a atuação de alguns profissionais, como: psicóloga, assistente social, equipe de enfermagem e médicos, os quais serão representados nas falas com nomes de flores, para garantir o sigilo. Assim, o trabalho multiprofissional teve uma articulação valorizada, trazendo benefícios para as famílias, os ajudando a enfrentar a hospitalização, complementando as práticas do cuidado e proporcionando boas relações entre os indivíduos envolvidos no cenário da neonatologia (Klock *et al.*, 2019). Isso é pontuado a seguir:

***Pai=** A Lavanda é excelente! Essa mulher é muito boa, ela é uma profissional e tanto sabe!*

***Mãe=** Porque com 4 dias que a gente está aqui já conseguiu ver tanto, imagine quem está há um mês ou mais (Família Ônix).*

Me dei bem com todos assim, até as vezes, no começo eu pensei que algumas iriam ter dor de cabeça comigo, assim né, não é dor de cabeça, é que de instante, instante tudo eu perguntava, porque tudo era novo para mim, tudo que ela fazia eu perguntava, tudo, ela me respondia muito bem, não mãezinha é assim, graças à Deus não teve dor de cabeça.

Mas me dei muito bem, amei te conhecer também, muito bom, é tão bom a gente se dar bem com uma pessoa assim que nos ajuda, tem paciência com a pessoa porque tem enfermeira, tem médico que é ignorante né, mas graças à Deus que até aqui me dei muito bem.

E assim desabafar com uma pessoa que nos entende, entendeu? É muito bom. E assim ontem eu conversei muito com a profissional, me dei muito bem, muito legal ela (Família Cristal).

É como eu te falei, tem muito técnico ali que vixe, se eu pudesse eu levava para casa. Tem umas que assim tem um cuidado além com o bebê, tem cuidado com a gente, eu conversando com a colega minha, ela disse: “oxe é o mesmo que ser minha mãe a técnica”, tem várias, muito importante ali, tem a Tulipa, oxe adoro a Tulipa, por mim só queria que ela cuidasse dela, ela tava com ela ontem, a gente ver como se fosse a mãe da gente, muito importante, tem umas ali perfeita.

Tem bastante ali visse, Orquídea, Jasmim, Lótus, bastante tem várias ali perfeita, que quando está com o meu bebê eu nem me preocupo tanto, eu fico ali porque eu gosto de ficar, aí eu fico ali porque eu gosto de ver ela, mas entrego nas mãos dela sem medo algum.

Os médicos, oxe eu tava com a, sabe quem é Girassol? Perfeita, foi embora sexta, chega deu vontade de chorar, eu queria ela (risos). A Lírio, perfeita também aquela mulher, ela explica direitinho, porque assim como a Girassol ficou comigo, a Lírio não, que eu fiquei admirando ela com as outras também, ela é perfeita aquela médica e é isso. Tem outras médicas que chega lá também né, mas essas duas me marcaram (Família Diamante).

Pelos relatos constata-se que os pais foram bem tratados e se sentiram tranquilos e seguros diante de alguns profissionais da equipe de saúde, pois demonstraram afeto e atenção durante esse período de transição. Inclusive, a mãe Diamante evidencia que admira uma determinada médica com os outros pacientes, pela maneira que ela se comunica com as famílias, como também a técnica de enfermagem, cujo cuidado holístico e humanizado foi comparado ao da própria mãe da entrevistada. Essa dinâmica, faz com que o bom atendimento seja visto como uma gentileza da equipe e não como um direito de qualquer cidadão na UN (Barros; Trindade, 2007).

O cuidado humanizado faz parte do MC e envolve o afeto por parte dos profissionais, seja na hora de conversar com o bebê, sempre que ele for manipulado ou durante a posição canguru, a qual aproxima os pais do RNPT e desenvolve o vínculo afetivo. Com isso, essas mães se sentiram satisfeitas com o tratamento e competência da equipe, a qual utilizou o MC para aumentar a confiança dos pais no cuidado com o bebê, fazendo-os se sentir mais esperançosos e apresentando sentimentos positivos em relação à alta hospitalar. A vista disso, o cuidado é integral sendo estendido para a família, de modo a diminuir a ansiedade e insegurança em relação ao estado do bebê (Geremias, 2019; Luz, 2020; Lima; Siqueira; Ventura, 2022).

Para isso, a equipe de saúde tem a responsabilidade de envolver as famílias na assistência para facilitar a recuperação do RNPT e fazê-las entender que sua presença não atrapalha as atividades rotineiras da UN. A enfermagem lida com situações emocionais difíceis, resolvendo intercorrências que demandam tempo, habilidades técnicas, conhecimentos específicos e sensibilidade para as particularidades de cada neonato. Ademais, para construir uma assistência pautada no bem-estar, com boa comunicação, centrada no respeito, é necessário que os enfermeiros busquem compreender a experiência do paciente (Geremias, 2019; Lima; Siqueira; Ventura, 2022).

Ainda, é importante que os pais saibam quem está cuidando do seu filho no plantão, assim eles se sentem à vontade para perguntar sobre os cuidados, como foi falado pela mãe Cristal e ficam menos apreensivos, como a mãe Diamante disse que quando é determinada técnica de enfermagem ela não fica preocupada, “entrego nas mãos dela sem medo”. As relações e interações humanas no ambiente hospitalar, fazem com que os profissionais de enfermagem construam um conjunto de significados com a família e o RNPT, que resultam no vínculo e em um cuidado mútuo. Essas relações refletem a prestação do cuidado, que está fundamentada nos aspectos psicológicos, culturais, valores pessoais, crenças e expertise neste campo do saber de cada profissional (Klock *et al.*, 2019).

Os cuidados em uma UTIN são complexos, dinâmicos, interativos e interdependentes dos demais sistemas de saúde, são estimulados por um processo gerencial que foca na fragilidade e incertezas sobre o viver/sobreviver em condições particulares de vida, e o enfermeiro possui o papel principal nas interações assistenciais e organizacionais. A visão sobre o processo gerencial de enfermagem passa a envolver uma rede de processos e produtos relacionados com os profissionais, outras mães internadas e gestores, enquanto sujeitos que compõem o sistema de saúde. Adicionalmente, tem-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que oportuniza o planejamento do cuidado mediante o conhecimento científico, possibilitando a autonomia profissional do enfermeiro (Klock *et al.*, 2019).

A assistência do enfermeiro mostra-se progressiva e demonstra grande habilidade, e nesse âmbito vale frisar sobre o MC que é *sine qua non* para os cuidados de bebês prematuros, uma vez que proporciona maior qualidade de vida futura a eles, um desenvolvimento neurológico adequado e previne sequelas. Todavia, alguns fatores prejudicam a implementação do cuidado humanizado, como a condição complexa da saúde do RNPT, cuidado mecanizado e a falta de estratégias gerenciais direcionadas ao fortalecimento do MC para a adesão dos profissionais, com o intuito de garantir a continuidade das boas práticas (Silva *et al.*, 2020; Luz, 2020).

Apesar do MC ser uma política pública de saúde relevante, ele é pouco conhecido, nesta pesquisa apenas três mães falaram sobre o MC e, ainda assim, confundiram com a posição canguru e as outras disseram que não foi explicado o significado para elas. Para os pais que são estimulados a participar dos cuidados do bebê é primordial que eles entendam a definição, o motivo e as repercussões que podem acontecer ao seu filho. No estudo de Geremias e colaboradores (2019), é apontado que o ideal seria os pais terem acesso a essa estratégia de cuidado antes da experiência, por meio de palestras, rodas de conversa com pessoas que já viveram a situação, assim eles podem ter uma maior segurança, aceitação e diminuição da ansiedade.

Os esclarecimentos adequados, precisos e que favoreçam a compreensão por meio de palavras simples e condizentes ao nível sociocultural dos pais, é essencial para a humanização e apesar de não entenderem o conceito, as mães descreveram os benefícios observados no uso da posição canguru, pois aprenderam com a prática (Lima; Siqueira; Ventura, 2022). Ao questionar as famílias sobre como o contato pele a pele influencia na melhora do RNPT, foram obtidas as seguintes respostas:

Sim sinto, porque tem aquela ligação né, é importante até pra gente também, nos dias que eu pego ele no colo, parece assim, que a força vem maior ainda para

continuar né, esses dias que são complicadinhos (Família Jade).

Começou depois que ele ganhou um pesinho melhor e a gente começou a fazer e esses dias eu tava pegando assim, teve semana de pegar 3 dias consecutivos, aí melhorou, porque antes eu não fazia isso, inclusive ele adora, ele fica bem calminho.

Sim, porque se eu não pegasse nunca e só quando eu fosse embora, ele ia ficar sem entender; quem é essa? (Família Esmeralda).

Sim, ela fica mais calma, satura melhor (Família Rubi).

Sim, lá na UCI fez isso comigo, meu esposo também segurou, ficou todo abestalhado, queria botar o tempo todinho, fazer aquilo.

Eu até estava pesquisando bastante na internet porque, acho que essas informações elas deveriam ser passadas nos pré-natais, no hospital, todo o processo, porque acontece algo simples que pode ser resolvido assim (estalou os dedos, no sentido de ser rápido) e você não consegue porque você não tem o conhecimento adequado daquela situação (Família Turquesa).

Não falaram a respeito dessa parte. Não, tive não ainda contato assim com ele de braço, não, só normal assim de toque (Família Safira).

Não, acredito que por conta da correria falta tempo para eles se dedicarem, por isso que eu falei, eu senti falta de alguém que seja responsável só por esse assunto.

Acho que você se sente mais seguro para pegar ele, devido a não ter tanto aparelho ligado (risos) (Família Ouro).

Ontem já peguei de novo (falou sorrindo). Foi muito, muito bom, meu Deus do céu. Disse: “meu Deus como é bom sentir a quenturinha dela, ela sentir a minha” e ela veio pro meu colinho tão quentinha mulher, tão sensível mulher, a lágrima desce na hora né, a pessoa não aguenta, foi muito, muito bom.

Para você ter ideia quando vocês disseram que eu ia pegar ela mais tarde, eu não tava nem comendo direito, comi direito, tirei um cochilo bom e eu super ansiosa, quando eu entrei, aí tava a menina, aí eu disse meu Deus, deu dor de barriga, tava me dando, foi, ansiosa, ansiosa, mas é muito, muito bom, a experiência. Porque assim eu tive os outros filhos e eu fui pegando né e ela não né (Família Cristal).

Sim, ele ficou mais calmo, mais tranquilo, mais dorminhoco, não fica se mexendo fica bem quietinho, eu gosto de ficar assim (Família Topázio).

A percepção dessas mães mostram resultados positivos sobre como a posição canguru reflete na evolução do bebê, pois eles ficam mais calmos, tranquilos, dormem bem, a saturação se estabiliza e quando os pais colocam pela primeira vez o filho no colo, os efeitos da separação durante a internação são minimizados, tendo força para continuar essa jornada da prematuridade. A mãe Esmeralda também frisou sobre seu papel no MC que se ela não pegasse no seu filho, o bebê não a reconheceria e a Mãe Turquesa, após entender a magnitude e influência do MC na saúde do filho, destacou que as orientações sobre os cuidados neonatais deveriam ser passadas desde o pré-natal.

As evidências científicas indicam que o MC é um meio de ensino e aprendizagem, que promove o maior envolvimento da família, aumentando a confiança, autoestima e integralidade do cuidado, prolongando os períodos do contato pele a pele e desenvolvendo habilidades de amamentação (Luz, 2020). A pele que é o maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias dimensões, assim quando o RNPT está em contato pele a pele, com o tórax do pai/mãe, pode ocorrer mudanças no organismo dos indivíduos envolvidos, no caso da mãe pode haver a estimulação e liberação de ocitocina, melhorando o humor e facilitando o contato com o bebê (Geremias, 2019). E nos relatos acima, todas as famílias demonstraram satisfação em realizar a posição canguru.

O MC que inclui a posição canguru, favorece a estabilização das funções fisiológicas de bebês prematuros e quando eles são mantidos ou organizados nesta posição, essa intervenção de enfermagem pode ser considerada uma das mais eficazes quando aplicada nas UN (Gomes *et al.*, 2021). Isso pode ser ratificado pelo estudo de Charpak *et al.* (2017), que avaliou a persistência dos benefícios do MC a curto e médio prazo, a partir de um ensaio clínico randomizado que foi realizado e documentado anteriormente, na Colômbia de 1993 a 1996, esse estudo mostrou que o método teve efeitos protetores sociais, comportamentais e duradouros após 20 anos de intervenção. Por isso, é necessário implementar o método desde a internação até a alta, pois suas ações se voltam para a saúde em vez da doença, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes que as curativas (Gomes *et al.*, 2021).

Apesar das vantagens do MC serem difundidas pelo Ministério da Saúde e os profissionais conhecerem elas, a família Pérola informou que um membro da equipe de fisioterapia não ajudou o pai a colocar o RNPT na posição canguru, pois disse que a saturação ao longo do dia se manteve baixa. Nesse dia, a mãe não estava no hospital, pois precisou retornar para casa e, por essa razão, ficou em dúvida sobre o que informaram, visto que a técnica de enfermagem que acompanhou o bebê disse que ele saturou entre 99 e 100% durante o dia, como também constava isso nos registros. Essa situação se repetiu algumas vezes e o pai apenas conseguiu pegar no colo quando o bebê estava na UCINCa, ou seja, 18 dias após o nascimento.

A equipe de saúde conduz a família em cada etapa da internação e incentiva os pais a superar as dificuldades diárias, mas deve ser a equipe multiprofissional, não apenas os fisioterapeutas, mas a enfermagem e os médicos também podem dar esse suporte a família, para colocá-lo na posição canguru. Acerca dessa lógica, os pais que passam mais tempo ao lado do leito do bebê promovem relações parentais saudáveis e melhoram a percepção do estresse na UTIN (Leal; Franco, 2024). Todos os esforços para melhorar a aplicação e

efetividade do MC são importantes, uma vez que o primeiro toque dos pais, o contato pele a pele, evolui gradativamente para o processo de amamentação, que é envolvido por atitudes de carinho e de sensibilidade (Klock *et al.*, 2019).

A promoção da amamentação tem impacto positivo nas mães e nas crianças, sendo importante para o desenvolvimento infantil e para a redução da morbimortalidade, por isso a OMS e o Ministério da Saúde destacam a relevância de manter o AME durante os seis primeiros meses de vida do RN. Tendo em vista isso, o desmame precoce pode ser identificado como um grave problema de saúde pública, podendo ser influenciado pela falta de conhecimento dos pais e/ou falta de orientação pela equipe de saúde sobre a posição adequada do RN, que pode ocasionar complicações mamárias como os traumas mamilares que dificultam a amamentação por gerar dor e desconforto (Torres *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, a enfermagem tem papel indispensável no apoio, proteção e promoção da amamentação, pois devido ao vínculo e contato que mantém com a família, é possível sensibilizá-la, integrando e oferecendo suporte para a realização e continuidade da amamentação e/ou ordenha (Torres *et al.*, 2023). E as mães desta pesquisa relataram que foram auxiliadas sobre a pega, a massagem e orientadas quanto a realização da ordenha da maneira correta.

As meninas da UTI mesmo, me auxiliaram mostrando como fazia a pega, você naquele dia falou a questão da massagem, aí tudo isso a gente vai pegando meio que uma prática (Mãe - Família Ônix).

As meninas me ajudaram, tiraram também comigo, ontem eu tive dificuldade (Família Turquesa).

Sim orientou, desde a UTI, desde o primeiro dia que eu cheguei quando eu fui visitar ela que orientou como era (Família Opala).

No começo eu estava com dificuldade né, de fazer a posição, aí eu tava com um pouco de dificuldade aí a moça lá em baixo fez né (ela se refere a UTIN), aí ela apertou tudinho e disse você pega assim, desse jeito e tal, porque ficava caindo mais fora do que no copinho. Aí agora não, agora tá tranquilo, massageia né aí já tô achando menos né difícil (Família Safira).

Contudo, a mãe da família ouro e da família Pérola expuseram situações que não condizem com o MC e com a prática humanizada. A mãe Ouro diz que não conseguiu tirar o leite, mas a mãe foi compreensiva quanto a sobrecarga de trabalho e que apesar de receber as orientações para entrar na UN, que envolve a higienização das mãos e uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sentiu falta de um profissional para explicar sobre a ordenha. Já

a mãe Pérola comunicou que por estar saindo apenas gotas de leite foi orientada a ir ao banco de leite humano (BLH) e teve uma experiência ruim, sendo prejudicada física e mentalmente.

Para mim foi, porque eu não consegui (risos).

Na verdade é, eu acredito que não chegou porque a gente vê que é correria, na UTI é correria, é muito bebê pra cuidar e, eles ficam sempre fazendo muita coisa em um bebê só, aí fica difícil parar o que está fazendo pra ir auxiliar uma mãe, nessa parte eu compreendo, entendeu. Eu senti falta que tenha alguém ali exclusivo só pra isso, para orientar a mãe, isso aí eu senti falta.

Orientou por alto né, faz a higiene das mãos, coloca a máscara, touca, batinha, mas para orientar a parte principal da ordenha que fala né, eu senti falta de alguém para falar mais a fundo sobre o assunto (Família Ouro).

Quando eu estava começando, a menina disse: “está saindo?”, só estava saindo em gotinhas, aí elas fizeram a massagem, mas elas me orientaram a ir para o banco de leite para estimular mais, aí eu fui.

No banco de leite elas me ensinaram mais, que lá no banco de leite ou foi na segunda ou foi na terça, na terça-feira eu fui lá, estava com o peito bem duro, fui lá e ela, uma das meninas colocaram a bombinha e tem que fazer a massagem, só que estava doendo bastante, estava bem duro, ela foi fazer a massagem, ela fez com muita força, foi com muita pressão, eu não aguentei, aí ela falou umas coisinhas lá que me deixou mal, aí eu não chorei lá, mas quando eu saí, eu fiquei chorando quase uns dez minutos ou mais. Disse que eu era mole, disse: “mulher deixe de ser mole, você é medrosa demais”, e era muito forte, tipo a pressão, ela apertava assim e fazia com muita pressão.

No outro dia, estava outra, me atendeu super bem, ela me atendeu ótimo, ela fez a massagem, ela só bem devagarzinho, ela não me apertou nada, não vou dizer que não senti dor com ela, ela falou comigo, me tranquilizou, disse: “eu sei o que você passou, o que você sente, porque eu também senti” e não precisa ser forte, com força não e ela fez tranquilo e me aliviou bastante e com ela só tirei na bombinha, ainda ficou e olhe que sai bem aliviada.

A outra me machucou bastante, não só aqui (falou em relação aos seios), mas psicologicamente ela me machucou na palavra, dizer que eu sou mole e eu fiquei meio assim (Família Pérola).

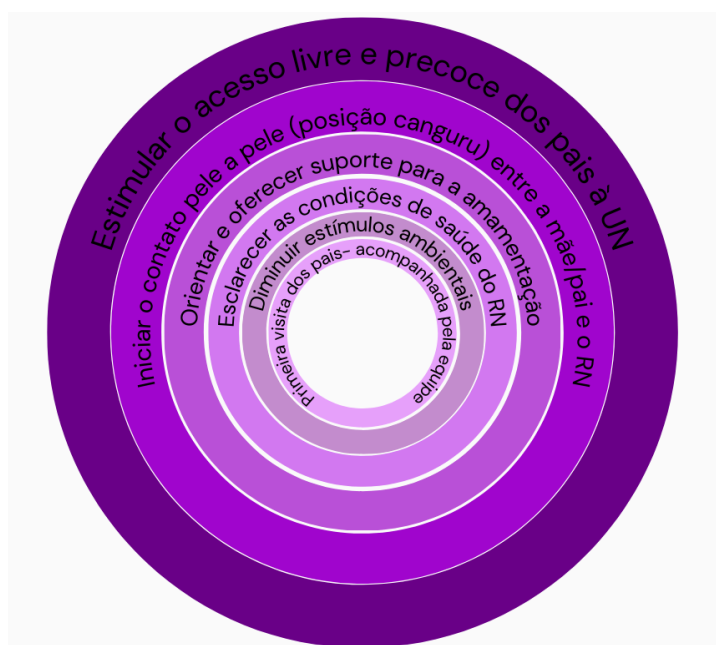
A maneira de falar ou passar uma informação errada, inadequada ou ríspida, quando em um momento impróprio, interfere na formação de vínculo criado com a mãe e, nesse momento a equipe precisa entender que a internação de um filho pode representar a interrupção na regularidade da vida (Santos *et al.*, 2023). Em virtude disso, é vital implementar estratégias para promover uma cultura de humanização, incluindo programas de capacitação e treinamento em comunicação para que a equipe aprenda a lidar de forma compassiva e sensível com as necessidades das famílias, porque a amamentação não é apenas nutrição, mas envolve um conjunto de emoções, cuidado e relacionamentos (Gomes *et al.*, 2021; Leal; Franco, 2024).

A amamentação é uma atividade relacional que faz parte da maternidade, a qual é construída na relação mãe e criança, que pode ser mais difícil e penosa para as famílias de

bebês prematuros, que enfrentam uma jornada individual, com diversas experiências que precisam ser entendidas pelos profissionais de saúde (Barros; Trindade, 2007; Leal; Franco, 2024). Também é fundamental inserir a figura paterna na amamentação, visto que eles têm um papel positivo e ativo, pois ao demonstrar o cuidado com o RNPT e com a companheira, elas apresentam diminuição do estresse e sentimentos positivos voltado para a recuperação da saúde do filho (Oliveira *et al.*, 2024).

O MC propõe um conjunto de ações que já foram mencionadas anteriormente, mais precisamente, na revisão de literatura desta pesquisa, no item sobre a história do método canguru, página 19 e dentre essas ações foram separadas aquelas que predominaram nas entrevistas. Dessa forma, foi construído um diagrama, com a cor roxa, pois representa a prematuridade (conforme figura 5) e ele sintetiza os principais resultados encontrados, sendo que no centro contém a ação que quase nunca foi realizada, segundo os relatos das famílias, e na extremidade a que é plenamente realizada na UN. A tonalidade da cor também foi aplicada para simbolizar a intensidade que essas ações são desempenhadas, então, quanto mais escura, mais elas são efetuadas.

Figura 5 - Diagrama com as principais ações destacadas com as famílias sobre a primeira etapa do Método Canguru.



Fonte: Autora, 2025.

Com as entrevistas e observações realizadas, verificou-se que a dinâmica hospitalar, voltada para estimular o acesso livre e precoce dos pais, sem restrições de horário é

plenamente atendido, já realizar a posição canguru entre a mãe/pai e o RNPT foi colocado como frequentemente atendido, pois o pai da família Pérola não conseguiu colocar o bebê no colo durante a primeira etapa do MC. Nesse contexto, as cores vão clareando e os círculos se tornam menos abrangentes quando as ações não são desempenhadas de modo universal, ou seja, que atenda a todos, como o suporte para a amamentação, que uma mãe não recebeu as orientações, enquanto a outra passou por uma situação desagradável, sendo, desse modo, classificado como eventualmente atendido.

Esclarecer as condições de saúde do RNPT, dos cuidados dispensados, das rotinas, do funcionamento da UN e da equipe, mostrou-se ser raramente atendido, as famílias falaram sobre a lentidão para dar um posicionamento sobre os exames da criança ou mesmo comunicar sobre a transferência do bebê de uma UN para outra, fora a falta de empatia e proatividade de alguns profissionais. A mãe da família Esmeralda sugeriu que houvesse uma pessoa para fazer o intermédio entre os médicos e as famílias, pois devido a agitação do setor elas não recebem a informação de imediato, apenas no dia seguinte ou no posterior, mesmo estando presente durante o exame e ficam ansiosas e angustiadas com o aguardo.

Inclusive hoje eu reclamei isso com a psicóloga, ela fez uma roda de conversa e eu falei bastante coisa da UTI, que não acho certo assim, a demora, as vezes fazem exames e se você não tiver lá do lado, tá fazendo um eco, tá fazendo uma ultrassom, alguma coisa e você perguntar a médica o que tá fazendo, você não tem o resultado assim de primeira, porque você vai lá e “ah mãe daqui a pouco eu olho”; “mãe espera um pouquinho, daqui a pouco vou falar com você”, aí passa uma, duas, três horas, você se cansa de esperar, sobe vem na outra ordenha, “ah mãe venha na próxima”, aí o médico que tá no plantão vai embora, aí você vai falar com outro médico, aí o outro médico do mesmo jeito, então assim a gente sabe que é bastante corrido dentro da UTI, porque eles não ficam só aí, tem os outros setores né, mas eu acho que precisa muito de uma pessoa que faça esse intermédio dos médicos para as mães (Família Esmeralda).

A equipe de saúde acompanha os avanços tecnológicos, busca inovar e ressignificar a práxis, adotando novas relações e interações, podendo ser internas ou externas, ampliando a construção do saber, no entanto, alguns aspectos surgem como desafiadores/inibidores para a implementação do MC. Dentre eles, tem-se: a falta de pessoal, de organização e de diretrizes, treinamento insuficiente, falta de tempo, aumento da carga de trabalho, ambiente agitado, barulhento e a falta de adesão dos profissionais às práticas do método. Esses fatores interferem na produção de um cuidado de qualidade e humanizado para todos (Klock *et al.*, 2019; Luz, 2020).

Diante desse panorama, é importante que os gestores das instituições se sensibilizem para implantar as boas práticas voltadas a saúde dos RNs, famílias e aos profissionais,

principalmente relacionadas a diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos na UN, como: odores, ruídos e luzes que foi categorizado como uma ação parcialmente atendida. A manipulação excessiva, associada a estímulos nocivos, por exemplo: os alarmes de monitores, respiradores, incubadoras, abertura e fechamento de portas que são constantes na UN podem provocar dor e estresse, impactando negativamente no desenvolvimento cerebral do bebê (Anominondas *et al.*, 2021; Matiusso; Vargas; Makuch, 2024).

Associado a isso, tem-se as conversas paralelas e o uso de telefones móveis que provocam um alto volume sonoro, então em um hospital cujo nível de ruídos já é excessivamente elevado, quando correlacionado a esses fatores pode agravar a situação para todos os presentes. Para os RNs pode ocasionar: agitação, apneia, choro, distúrbios de sono, baixo ganho ponderal, hemorragia intraventricular, bradicardia e diminuição da audição, enquanto que para os profissionais destacam-se: o estresse, cefaleia, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, hipertensão e diminuição da audição (Matiusso; Vargas; Makuch, 2024). As falas a seguir, transmitem insatisfação com a postura de alguns profissionais do hospital.

Pai= Olha, como é que eu posso te falar isso, não é uma reclamação, mas é uma sugestão para que se tenha atenção, que realmente é necessário, por exemplo: teve bebês que eu estava lá olhando, dessaturando, batimentos cardíacos baixando, as máquinas apitando e tipo assim, eu fazia questão de ficar lá para ver, quando que iriam lá olhar a criança e sem medo de errar era mais de três, cinco minutos e, sem medo de errar, mais que isso, sem medo de errar mesmo, porque assim era conversa paralela.

Mãe= Muita.

Pai= É um local que não pode celular, mas eles usam o celular, teve uma que estava passando de bebê por bebê, com a caneta na mão, eu disse olha está fazendo o check up, mas a mulher estava com a revista de perfume na UTI!

Pai= Eu vi pessoas ouvindo áudio, mostrando áudio, batendo papo.

Mãe= você ver e aí o almoço?

Pai= É o almoço e não sei o quê (Família Ônix).

Outros ficam conversando, no celular, tem uns que ficam com fone de ouvido (Família Opala).

Pondera-se que devido a fragilidade dos pais, após um parto prematuro, eles podem se sentir desamparados pela equipe, a qual está acostumada aos alarmes constantes dos aparelhos, que também podem significar que os sensores apenas saíram do lugar correto, por isso dispararam. O sentimento de vulnerabilidade vivenciado pela família emerge ao se sentirem incapaz de cuidar ativamente do filho, pois a condição de saúde impõe limites físicos, como segurar no colo e demanda internação, logo, a atuação desses pais passa a ser: entender os procedimentos, a condição do filho e como irão cuidar dele após a alta. Esse

limite físico, isto é, o pouco contato com o bebê pode gerar dificuldade para que a família sinta o papel de mãe ou pai (Silva; Sei, 2024).

Por essa razão que o MC é tão importante, pois torna a família a base dos cuidados, garantindo uma participação efetiva e ativa dos pais, com possibilidade de horizontalidade nas decisões, criando condições que permitam eles experienciarem o saber fazer e se responsabilizar (Klock *et al.*, 2019; Geremias, 2019). Os profissionais de enfermagem devem prestar cuidados de competência técnica que instruem os pais nesse processo, concedendo apoio psicológico, possibilitando a ressignificação desse período, mesmo que nem sempre haja recursos humanos suficientes, cabe o desenvolvimento de ações nesse contexto (Silva; Sei, 2024).

Como última ação presente no diagrama da figura 5, tem-se garantir que a primeira visita dos pais seja de qualidade e acompanhada por uma equipe profissional de saúde da UN e foi classificada como quase nunca atendida, visto que ao longo desta pesquisa, foi relatada as falas de algumas famílias sobre a comunicação ineficaz e falta de empatia dos profissionais. Isso se relaciona à falta de acolhimento, a qual pode ser decorrente das demandas ocupacionais e essa situação pode desencadear inseguranças e dúvidas sobre um ambiente desconhecido, culminando na falta de interesse da família em participar de todo o processo na UN (Afonso; Francisco; Castro, 2021).

A primeira visita é um momento crítico e rico para o início da interação entre enfermeiro e família, visto que é o primeiro profissional a recepcionar e apoiar os pais de forma acolhedora, afetuosa, considerando suas opiniões, questionamentos e sentimentos. Portanto, cabe ao enfermeiro oferecer informações de fácil compreensão, avaliando as prioridades da família e providenciando os encaminhamentos necessários junto aos pais, durante esse período, em articulação com os outros membros da equipe multiprofissional (Klock *et al.*, 2019; Sassá *et al.*, 2012).

Em suma, as famílias precisam ser ouvidas, assistidas e apoiadas, tendo em vista que a primeira visita pode coincidir com o fato de ser a primeira vez que os pais têm contato com um bebê frágil, doente e debilitado, podendo causar um sentimento de luto antecipado. Logo, um plano de cuidados e intervenções adequadas da equipe de enfermagem, respeitando as limitações da família, habilitando os pais quanto aos equipamentos e sempre com uma comunicação ativa, dando segurança e senso de competência para o cuidado do RNPT se tornam as ações de maior relevância (Sassá *et al.*, 2012; Gomes *et al.*, 2021).

5.3 Padrões de resposta

A transição envolve mudanças que requerem ajustamento e adaptação, pois ao vivenciar novas circunstâncias e conhecimentos surge o potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação dos sujeitos à nova situação. A estrutura de uma transição consiste de três fases: entrada, passagem e saída, em que o fluxo de tempo pode variar, sendo longo ou curto e é caracterizada por alguns pontos comuns, que são: o processo, desconexão, percepção e padrões de resposta. Esses padrões de resposta determinam se uma transição é positiva e saudável, sua conclusão representa que o sujeito chegou a fase de estabilidade, em relação ao que foi antes e isso é obtido por meio dos indicadores de processo e de resultado (Meleis; Trangenstein, 2010; Feitosa, 2016; Santana, 2021).

5.3.1 Indicadores de processo

Cada pessoa possui a sua individualidade, mas ao longo da transição é possível falar da existência de um padrão de resposta semelhante, que podem ser monitorizados por indicadores capazes de identificar o nível de conhecimento e de desempenho, que são indispensáveis frente ao novo contexto vivido. Os indicadores de processo permitem caracterizar as respostas à transição e a forma como ela se processa. Assim, eles permitem que os enfermeiros identifiquem se quem está em transição está no caminho da saúde e bem-estar ou no caminho da vulnerabilidade e riscos. Estes indicadores incluem: o sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* (Meleis *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2019; Santana, 2021).

A necessidade de sentir e permanecer conectado é um tema que se destaca, pois fazer novas amizades e continuar com conexões antigas seja com a família extensa, vizinhos, amigos ou profissionais é uma parte importante das experiências das famílias que vivenciam a prematuridade e essas ligações pessoais são a fonte primária de informação, apoio social e recursos. Diante disso, sentir-se conectado aos profissionais de saúde pode favorecer os laços de amizade, fazendo com que a família se sinta confortável para tirar dúvidas e desabafar. E essa humanização do atendimento e a qualidade do cuidado técnico oferecido à família e ao bebê, fazem parte dos objetivos do MC (Meleis *et al.*, 2010; Cañedo, 2017).

É legal, em geral né, a gente conversa com as técnicas mais né, as enfermeiras também é legal, eu converso, eu pergunto bastante também, antes não perguntava muito, ficava com vergonha eu acho, sei lá, sei lá o que eu tinha (risos) (Família Diamante).

Falam, todas as informações. Tudo que eu tenho dúvida me esclarecem, ajuda, auxilia (Família Turquesa).

Na UTI, a Violeta um doce de pessoa, me explica direitinho, ela me deu mais tranquilidade na questão do oxigênio dele, na questão do coraçãozinho, foi ela, ela que me explicava, olhe é isso, é aquilo, está tranquilo, ela ficava me explicando, mas fora as outras não estava me explicando bastante, foi mais ela, a Gardênia também, estava cuidando bem tranquilo dele, tratando bem, fazendo carinho, eu vejo que eu prefiro assim, que tenha carinho com ele, que trate meu bebezinho com carinho, mas tem umas lá. A Gardênia e a menina Violeta trataram com muito carinho ele (Família Pérola).

No quarto eu conversei com ela (a mãe se refere a técnica de enfermagem do 6º andar), disse que não me sentia muito bem em relação de estar aqui, de ter que ir para a UTI, porque as vezes eu não ficava muito tempo, acho que você já tinha percebido isso, que eu só ia tirava o leite, ficava uns cinco minutinhos e subia, porque eu não conseguia ficar muito tempo, dava vontade de chorar, dava nervosismo, ficava me tremendo todinha (a mãe começou a chorar).

Mas eu não gostava de ficar ali, vendo a situação dele, mas aí depois ela (técnica de enfermagem) conversou comigo e disse: “olha você precisa estar bem para ele, porque por mais que ele seja um neném e ele não esteja mais na sua barriga, ele sente o que está acontecendo com você”, aí a gente conversou um pouquinho e eu me acalmei mais em relação a isso. E foi quando eu comecei a ficar 20, 30 minutos, às vezes uma hora, que se não fosse isso eu estaria fazendo que nem eu fazia antes, só tirava o leite e subia (Família Topázio).

Sim, sempre, eu estava até falando para o meu esposo, todos os enfermeiros assim que me atenderam até agora foram ótimos em conversar, em dizer né que ia ficar tudo bem e tal, tem me acalmado bastante (Família Jade).

A enfermagem está preocupada com o processo e as experiências dos indivíduos que passam por transições e, por isso, buscam métodos para minimizar os agravos que o internamento causa ao paciente e à família. Na fala da família Topázio e da família Pérola constata-se a comunicação ativa que a técnica de enfermagem teve com a mãe, demonstrando afeto, carinho e atenção, sendo uma melhoria na qualidade da assistência, resultando também em uma melhoria para a qualidade de vida do neonato, que no caso da mãe Topázio resultou na maior aproximação e participação dela nos cuidados do filho. Esse processo de humanização deve ser realizado em equipe, com união, comunicação e sintonia entre os profissionais (Machado; Barison, 2022).

Nesse aspecto, o MC surge para diminuir os efeitos negativos, ocasionando a desospitalização e desmedicalização, sendo um cuidado complementar ao tratamento de alta tecnologia. A equipe de enfermagem auxilia os pais a cuidar dos filhos, com ações que envolvem apoio, orientação e instrumentalização dos pais para os cuidados cotidianos, e isso desperta sentimentos de gratidão e alegria, e os pais passam a valorizar a atitude da equipe de

enfermagem e a se sentir amparados. Consequentemente, sentir-se conectado se torna um indicador do processo, devido a continuidade das relações entre prestador de cuidado, paciente e família (Meleis *et al.*, 2010; Cañedo, 2017; Geremias, 2019).

Adicionalmente, devido ao longo período de hospitalização e as muitas horas presente na UN, a família passa a conhecer a rotina da equipe, que, por vezes, oportuniza relações de proximidade, podendo ultrapassar o âmbito profissional, aprofundando os aspectos pessoais e que vão além do cuidado bebê-família. Diante disso, as famílias depositam confiança nos profissionais e acreditam no trabalho que eles realizam, porque eles amenizam as dificuldades, o sofrimento, sendo um suporte vital para os pais. Esse contexto aponta as transformações que acontecem na prática profissional e ressignificam a identidade de forma gradativa e nem sempre homogênea e linear (Klock *et al.*, 2019; Machado; Barison, 2022).

Ao inserir os pais em um ambiente crítico e tecnológico que compõe a prática, a enfermagem passa a verificar as repercussões e desafios que cuidar de um RNPT pode implicar, de modo a evitar sequelas biopsicofisiológicas. O MC foi criado para romper com o cuidado fragmentado e disciplinar, tornando-se humanizado, mas para que seja efetivo deve haver o interesse de todos os envolvidos, com o intuito de que os bebês recebam assistência integral e não seja centrada na doença. Contrariamente, as falas de alguns pais confirmam o descompasso entre o conhecimento e a prática, resultando em transtornos emocionais para a família (Cañedo, 2017; Klock *et al.*, 2019).

Mas, eu tive sim experiência ruim, com dois, que eu no meio das minhas crises de ansiedade e ele chegando para dizer assim: “não adianta de nada você chorar, você não vai sair daqui nem tão cedo, não vai resolver nada, você precisa engolir o choro, você está aqui comendo e bebendo de graça, então não tem porquê você ficar assim”, de duas pessoas eu ouvi isso. Tipo assim, julgamento né, porque na cabeça deles eu não tinha motivo nenhum para tá daquele jeito. E eu vi ele falar assim, não só comigo, com outras pessoas. Eu não sei se ele era técnico ou enfermeiro.

Fiquei tão nervosa no dia que eu só queria ir pra casa, a minha mãe falou: “não fale nada porque a gente não sabe até quando você vai ficar aqui, aí é melhor você ficar quietinha e daqui a pouco a gente tá em casa”, porque a gente fica realmente com medo né, de sofrer com aquilo né (Família Jade).

Pai= *A gente não fala nada, porque fica com medo delas assim, deixar mais de lado o nosso filho e criar ali um desconforto, porque se você está me cobrando em uma UTI neonatal, você tem que dar bastante exemplo. Aquelas duas placas que estão lá na entrada de primeiro e segundo lugar em higiene, não estão em vão ali, teve um propósito, mas só que esse propósito só vai ser feito quando for na época da avaliação, entende?*

Pai= *... às vezes é importante esse desabafo porque ao mesmo tempo que a gente recebe o auxílio, tem as falhas para uma neonatal. Está uma criança ali que foi fruto de uma coisa planejada, a gente teve um planejamento, não foi um filho que veio ao mundo porque a gente vacilou, não! A gente queria, a gente correu atrás para ter o nosso filho, a gente fez por onde né amor?*

Mãe= É (Família Ônix).

Ah são excelentes, só teve uma de ontem que deixou a desejar, a que tava durante o dia. É porque geralmente quando eles chegam eles se apresentam né, sou técnico, vou ficar com vocês hoje, meu nome é fulano, isso é bom porque a gente fica mais próximo né e a equipe de ontem durante o dia, chegaram, não se apresentaram, aliás minto só teve uma que se apresentou, mas os demais não se apresentaram, a gente fica até sem saber como se chegar a eles. Acontece de sentir uma dor, vou chamar quem? Vou recorrer a quem? É, eu senti falta disso na equipe de ontem, mas nas outras excelentes, não tenho o que falar (Família Ouro).

Não tem tanta informação sobre algumas coisas e aí acabam levando com a barriga, um dia após o outro e não procuram saber e o bebê tá tomando um antibiótico, tá tomando alguma coisa e o médico chega lá e fala, o seu bebê está no antibiótico, mas aí a mãe por não ter essa informação e os médicos por tratar de qualquer jeito não explicam o porquê do bebê está tomando antibiótico, qual é o antibiótico que o bebê está tomando, essas coisas e aí alguns casos a gente sabe, no meu caso eu fico assim, tudo o que ele toma eu pergunto, tudo o que está acontecendo eu pergunto e eu fico triste porque eu gostaria que outras mães tivessem essas informações e esse entendimento, que os enfermeiros pudessem passar o prontuário, explicasse toda a situação do bebê para as mães, porque as vezes leva isso aqui, tem mãe que pensa ah não, é só ganhar peso e ir para casa e não é, a gente sabe que não é, eu por exemplo queria saber bem mais a fundo, porque eu preciso me preparar lá na frente, porque eu sei que ele vai precisar de bastante acompanhamento, essas coisas e eu queria me preparar para isso e eu vejo que eles não dão todas as informações para você se preparar para o que vem, você está vivendo só aquilo ali, infelizmente eu sou muito ansiosa, não consigo viver só no presente, eu tenho que estar por dentro de tudo e saber (Família Esmeralda).

Percebe-se a tristeza e decepção das famílias com alguns cuidados que receberam e o medo de denunciar na ouvidoria do hospital e serem retaliadas ou o filho sofrer por isso. A experiência da família Jade e da família Ouro aconteceram no ALCON, pois após o parto continuaram em observação, a mãe Jade além das crises de ansiedade, teve pré-eclâmpsia e a mãe Ouro diabetes gestacional, além de lidar com a situação do internamento do filho, precisaram manter o autocuidado, mas essa conduta profissional desestabilizou as famílias, dificultando que elas criassem uma ligação com os profissionais. Já a família Ônix, se sentiu cobrada para cumprir as normas da UN e, embora não recebessem o exemplo dos profissionais e percebessem suas falhas, não reclamaram, pois havia o medo do filho sofrer por isso.

Na sequência, as famílias necessitam de informações detalhadas em linguagem acessível quanto ao estado clínico, se vai haver alguma sequela e os procedimentos que foram realizados com o filho, aplicando um cuidado de enfermagem com excelência e responsabilidade para que não haja falhas, as quais podem ser danosas. Refletindo sobre o prisma gerencial, os erros decorrentes da incapacitação de profissionais são respostas de

alguns fatores, como o dimensionamento inadequado de pessoal, falta de treinamento e falta de profissionais da enfermagem, em especial de enfermeiros (Cañedo, 2017; Carboni; Reppetto; Nogueira, 2018).

Grande parte das ações desenvolvidas na UTIN e UCINCo são de responsabilidade técnica, cujos aparatos tecnológicos mantêm a vida dos RNPT, assegurando o bem-estar orgânico e psíquico da criança, para que ela volte saudável para a família. Quando o profissional compreende o cuidado em neonatologia ele passa a atuar em equipe, priorizando a qualificação profissional e cumprindo os princípios bioéticos e científicos da lei regulamentadora da profissão e código de ética. Dessa maneira, a equipe transforma os pais de espectadores para protagonista, em que há uma parceria, cujas opiniões e emoções deles serão acolhidas, bem como as condutas a serem tomadas, serão discutidas em conjunto, considerando os desejos da família (Carboni; Reppetto; Nogueira, 2018; Klock *et al.*, 2019; Silva; Santos; Araújo, 2021).

Em razão da instabilidade do bebê, os pais, em especial a mãe, fica impossibilitada de se afastar da UN, passando a ficar no alojamento de mães acompanhantes e em meio a rotina exaustiva e as angústias vividas, as mães passam a interagir entre si, compartilhando experiências e construindo uma rede de amizade forte e saudável. Esse relacionamento interpessoal entre as mães é importante porque elas fornecem ajuda mútua no enfrentamento das situações críticas, principalmente quando a família é do interior ou está geograficamente distante para dar algum suporte à família do RNPT (Silva; Santos; Araújo, 2021). A mãe Opala comenta que ao sair do alojamento para a UCINCa, isto é, da primeira etapa para a segunda, quase chora, por causa da saudade, visto que conviveu com as outras mães desde a internação da sua bebê.

Lá em cima com as meninas eu estava acostumada, eu quase choro quando eu saio, sai de lá, eu preciso falar com as meninas (risos), eu ligo pras meninas e digo vem embora pra cá mulher (a mãe se refere a UCINCa), é ruim demais sem vocês aqui (risos).

A mãe Diamante mesmo e a mãe Rubi vixe, Gosto demais! A mãe Rubi está comigo desde o começo, a gente tá junto né, aí eu sinto muita falta dela (risos). Eu digo: “Rubi vem embora pra cá pra canguru mulher, ficar comigo” (risos). E a Diamante também é aquela coisa, um amor de pessoa, a Diamante, amei quando ela chegou lá. Não tem frescura com ela, não tem nada, é uma ótima, ótima mesmo, a Diamante.

A gente já disse já, vamos marcar um dia aí quando o bebê estiver mais né, mais desenvolvido, mais à vontade em casa, aí a gente marca um dia para se encontrar com eles. Eu tenho ainda o contato das meninas quando eu cheguei logo, mas não é a mesma coisa, porque as menina conviveu comigo desde o começo ali e quando eu cheguei, uns já saía, demorou dois dias, três dias pra sair e a Rubi e a Diamante, oxe, tem nem como explicar, amo demais as duas (falou emocionada). Quando uma estava triste a outra ia consolar, aí era, assim. São um amor de pessoa. Por isso que

eu senti muita falta quando eu saí de lá (risos) (Família Opala).

Como eu não sou muito de tá né e como eu entrei agora, as meninas já tem as colegas delas. Eu só converso com uma outra que é mais velha, a moça que tá lá, que tá com o filho dela na UCI né, que ele já mama e tudo no peito dela, aí muda os horários né, aí quando ela vai a gente fica conversando e quando não as outras fica lá com as colega dela que já é de tempo aí pronto a pessoa fica só (Família Safira).

As mães são muito afetadas pela rotina que uma UTIN demanda, pelo tratamento prolongado e também pelo alojamento inapropriado, visto que, não tem cama para todas e às vezes precisam dormir em poltronas, a mãe Diamante disse que chegou a dormir um mês na poltrona. Nesse cenário de jornadas conflituosas, há o estresse emocional, cansaço físico que interfere diretamente no cuidado com o filho, em outras palavras, a mãe não é apenas a acompanhante, ela é auxiliadora nesse processo e assume responsabilidades e compromissos diferentes daqueles que seriam desenvolvidos no lar, desenvolvendo novas habilidades. Assim, é imprescindível a relação que as mães fazem nesse ambiente, pois elas precisam ter esperanças e uma mãe conversa e consola a outra, mas mesmo menos tristes, o medo de possíveis intercorrências persiste (Barros; Trindade, 2007; Silva; Santos; Araújo, 2021).

As mulheres percebem suas colegas como mais experientes diante da maternidade ou pelo tempo que estão no alojamento e ao receberem apoio prático/material sentem-se mais seguras para realizar os cuidados com o bebê. Isto posto, grupos de apoio formado por outras mães podem ser úteis para que as novas mães aprimorem a autoeficácia, tanto para enfrentar a transição, quanto para entrar em contato com aspectos que trouxessem a relação mãe-bebê para um terreno conhecido, onde elas possam realizar alguma função (Barros; Trindade, 2007; Pinheiro *et al.*, 2023). Essa interação também ajuda a família a entender a nova vida examinando e/ou comparando com a antiga, para se situar diante da nova circunstância.

Eu quando estava lá em cima, eu já pensei em morrer, em me matar, sério mesmo, eu digo meu Deus eu via as mães com seus bebês e minha bebê ali em baixo, muitas das vezes eu queria ver ela, mas meu marido não podia estar de instante, instante e como foi cesária, eu sinto muita dor e minha cirurgia estava sangrando muito, eu não podia andar sozinha, entendeu e assim eu não ia ter força de entrar sozinha sem meu marido também né, ele tá me dando muita força. Aí nisso eu pensava muita besteira, não vou mentir pra você, eu tenho ansiedade também e já tive depressão pós-parto do meu filho de 2 anos e assim eu pensei muita besteira já na sala, muita, muita besteira mesmo, aí depois eu fui pedindo ajuda para mim ir lá né. Aí depois que eu passei para o outro quarto, que eu tô com as meninas que elas me ajudaram bastante também (Família Cristal).

A UTIN evoca sentimentos incertos e insuportáveis, entre eles há o senso comum de que o bebê está em uma unidade terminal, sendo que é um lugar reservado para prestar uma

atenção especializada com domínio técnico, precisão e rigor. Mesmo assim, persiste o entendimento de que a unidade de tratamento intensivo é igual a chegar ao fim da vida e aquele bebê que acabou de nascer já está morrendo (Silva; Santos; Araújo, 2021). Em algumas situações, a severidade das circunstâncias podem dificultar que a família adquira a consciencialização e se localize quanto ao tempo, espaço e relações, como aconteceu com a família Cristal, em que a ansiedade e o início de depressão foram fatores inibidores.

Contudo, quando a família compreende os diferentes processos próprios ao diagnóstico, tratamento, recuperação e convivência com as limitações, passa a desenvolver confiança para o enfrentamento do evento crítico e como foi relatado pela mãe Cristal, as mães ajudam umas às outras. Face a essa reflexão, as dimensões do desenvolvimento e as manifestação de confiança são progressivas de um ponto a outro na trajetória, fazendo com que as famílias demonstrem maior conhecimento cumulativo sobre os cuidados neonatais, maior compreensão e senso de sabedoria resultantes de suas experiências vivenciadas (Meleis *et al.*, 2010). Em suma, o que era desconhecido, estranho e/ou fora do habitual, como falar com o bebê, passou a fazer parte da realidade.

Uma coisa que vem desde a gravidez porque todo mundo fala né, “fale com ele que ele vai te ouvir, não sei o quê” e eu achava isso, dizia “não nada a ver, que negócio estranho” (risos), é estranho você falar com uma pessoa que você não tá vendo, mas aí eu comecei a falar e criei aquele hábito e meu esposo também, ficava insistindo para ele falar e eu vi que quando ele nasceu, do mesmo jeitinho que a gente fala com ele na barriga, ele sempre reage quando a gente fala. A gente chega a ver a reação assim que conhece realmente a voz da gente (Família Jade).

É aquela caixinha, impede a gente de estar junto toda hora. O medo faz a gente não querer cuidar, porque a gente quer, mas o medo é maior de machucar. É, aquela caixinha impede de eu pegar, beijar, abraçar e agora que ela tá maiorzinha vixe (Família Diamante).

Os pais têm receio de pegar e machucar o RNPT, ficando divididos entre a atração *versus* o medo e a incubadora também é um obstáculo, porque a família fica preocupada de abrir/mexer e resultar em problema para o filho. Essas emoções são comuns nas famílias de prematuros, mas conforme vão adquirindo confiança e mediante a assistência e terapêutica de enfermagem focada no bebê e em sua família, pode-se chegar a satisfação dos pais e a maximização da sua funcionalidade. Nessa conjuntura, o enfermeiro é o instrumento para esse fim, tendo um papel fulcral no acompanhamento dessas famílias que transitam de uma situação de independência plena para uma de dependência (Hagen; Iversen; Svindseth, 2016; Silva *et al.*, 2019).

5.3.2 Indicadores de resultados

Em consonância com a teoria, entende-se que toda transição impõe mudanças e diferenças no antes e depois do evento crítico, que acontece em um determinado espaço de tempo e essa passagem pode ser de forma saudável ou não, pois depende da resposta individual de cada sujeito. Observa-se que as transições compreendem um período de vulnerabilidade, por isso é necessário conhecer os condicionantes pessoais, sociais e da comunidade que podem ser facilitadores ou inibidores desse processo (Santos *et al.*, 2020). Diante disso, emergem dois indicadores de resultados: domínio de novas habilidades necessárias para gerenciar uma transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida, os quais podem refletir na qualidade de vida daqueles que estão experienciando as transições (Meleis *et al.*, 2010).

Os pontos de mudança iniciam um processo com padrões de resposta, que possuem indicadores de resultado, os quais correspondem aos parâmetros que medem a diferença entre uma situação esperada e a situação atual. A conclusão de uma transição saudável é determinada pela maestria nos comportamentos e nos sentimentos, que refere-se a aquisição de novas habilidades, que quando aplicadas ao novo papel e identidade, ajuda a lidar com as novas condições, como as famílias que ganham conhecimento e desenvolvem competências, passando a usar estratégias para cuidar do RNPT. No caso de uma transição não saudável, ou ineficaz, existe uma dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, sucedendo uma falha nos sentimentos e objetivos a serem cumpridos (Silva *et al.*, 2019).

A maestria é necessária para gerenciar as novas situações, é improvável que aconteça no início da experiência, mas quando o cliente/acompanhante está vivendo uma sensação de estabilidade perto de concluir uma transição, o nível de domínio indicará até que ponto eles alcançaram um resultado saudável. Em todas as transições há um elemento subjetivo para alcançar um senso de equilíbrio na vida de alguém, enquanto que em algumas transições é mais fácil determinar o ponto inicial e final. A finalização de uma transição precisa ser flexível e variável, dependendo do tipo de mudança ou evento que inicia a transição, como também da natureza e dos padrões (Meleis *et al.*, 2010).

As famílias de RNPT possuem muitas expectativas paradoxais que surgem das preocupações logo após o nascimento, primeiramente é o nascimento com vida, que é um ponto positivo, seguido da internação que está associada a separação entre os pais e a criança (negativo). Embora a família reconheça suas limitações, precisam confiar na equipe de saúde, que por meio do MC fará a aproximação entre os pais e o filho, aumentando a confiança no cuidado, favorecendo a amamentação e beneficiando o crescimento e desenvolvimento do

bebê. Por conseguinte, surgem sentimentos de apreensão por causa das possíveis complicações, mas a equipe de enfermagem ao planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem, por meio da SAE, pode ajudar essas famílias a alcançar a maestria (Geremias, 2019; Klock *et al.*, 2019; Carvalho *et al.*, 2021).

Sob a ótica de Meleis e Trangenstein (2010), somente a enfermagem facilita as transições em direção a uma percepção de bem-estar e a saúde, nenhuma outra área tem essa orientação de processo ou precisa de tanta base de conhecimento para ajudar os pacientes a atingir uma sensação de maestria. O enfermeiro é visto como um articulador pelos demais profissionais, apesar dessa atribuição passar despercebida, destaca-se o comprometimento do seu papel enquanto gerente do cuidado, cujas intervenções quando realizadas com dedicação, respeito, amor e empatia, fortalecem os laços afetivos com a família e o RNPT (Klock *et al.*, 2019; Machado; Barison, 2022).

Quando os enfermeiros aplicam os cuidados especializados do MC e envolvem a família, como: no uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (toque terapêutico, sacarose, sucção não nutritiva, contenção), incentivo ao contato pele a pele até evoluir para a posição canguru, na administração da dieta, na higiene e cuidados em geral, os pais podem assumir um papel ativo. Eles passam a entender sua influência na evolução da criança e passam a adquirir uma consciencialização, que é uma propriedade fundamental para que o processo de transição ocorra e no caso das famílias que estiverem comprometidas, é possível aplicar a intervenção precocemente (Silva *et al.*, 2019; Luz, 2020; Machado; Barison, 2022).

As mudanças que acontecem nessa fase podem ser observáveis ou não observáveis e funcionais ou disfuncionais, que são influenciadas pelos condicionantes e quando os pais adquirem maestria e consciencialização, se percebem como agentes de mudança. Além disso, as experiências de transição são caracterizadas como resultantes de reformulação da identidade, sendo fluidas e dinâmicas, em vez de estáticas e estáveis (Meleis *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2019). As falas das mães corroboram isso, pois relataram que se sentiram mais forte, cuidadosa e medrosa como mãe de um bebê prematuro.

Eu acho que me deixou mais cuidadosa, porque não é uma criança que teve um período gestacional comum, mais medrosa também e eu acho também que mais forte por um lado, porque a gente tem que ser forte para receber qualquer notícia, estar preparada para tudo (Família Topázio).

Eu acho que não, assim é tipo, foi uma preparação para mim que eu nunca tinha passado por isso né, uma coisa nova para mim, essa pergunta eu não sei responder mais ou menos. Eu fico insegura de não ser uma boa mãe, principalmente agora, eu já tinha se ele nascesse normal, no tempinho normal e agora que eu fico com esse medo de não ser uma mãe boa o suficiente, por conta que já nasceu assim né

(Família Pérola).

Eu nem sei explicar porque meu primeiro filho né, eu nunca imaginei que ele ia vir prematuro, é eu acho que eu estou assim me descobrindo outra pessoa, se dissesse que eu ia passar por tudo isso, eu diria que não ia aguentar, se me dissesse antes, mas você se vê muito forte, você ver que seu bebezinho precisa de você, tem às vezes dá aquela vontade de ir embora e tudo, mas você sabe que ele precisa de você aqui e aquilo dá uma força que de repente passa o sentimento de, aquele choro passa, a tristeza passa e é isso aí, continua (Família Jade).

Nas falas acima, é perceptível que as mães ainda estão realizando a passagem pela transição, pois como a família Jade descreveu estão se descobrindo outra pessoa, está acontecendo a mudança de identidade, onde a insegurança dá lugar a força de vontade para persistir, a medida que as novas competências fornecem confiança e autoeficácia para que o processo de parentalidade seja bem sucedido. Nesse âmbito, as famílias passam a redefinir as prioridades, a ter confiança no novo papel e os enfermeiros são fundamentais, porque eles sabem identificar o final da transição e avaliar a evolução do desenvolvimento de competências, comparando com o que foi delineado com objetivo final (Parente, 2016; Silva *et al.*, 2019; Pinheiro *et al.*, 2023).

Por fim, o evento de mudança em si é estático, mas a experiência que se segue é um processo dinâmico e fluido, que incorporam significado e mudam a interpretação por um período de tempo, isto é, a transição passa por uma mudança, uma experiência de adaptação e avança para um novo recomeço, levando a consciencialização do evento. Ao contrário do seu começo, o fim de uma transição é fluído e pode ser determinado quando uma meta final é alcançada, seja com o domínio de novos papéis, desenvolvendo competências, sentindo uma sensação de alívio, bem-estar e/ou adquirindo qualidade de vida desejada (Silva *et al.*, 2019).

5.4 Intervenções terapêuticas de enfermagem

Os enfermeiros devem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar as pessoas a experienciar os processos transacionais, os quais estão presentes durante todo o ciclo de vida, como evento contínuo de transformação de um estado, fase ou período para outro. No contexto da UTIN e UCINCo, desvelar as vivências dos pais torna-se essencial para elaborar estratégias adequadas que contenham um planejamento dinâmico, a fim de atender as necessidades dessas famílias e minimizar o trauma que pode ser ocasionado pela hospitalização do filho (Oliveira *et al.*, 2013; Tavares; Silva; Magalhães, 2022).

O cuidado neonatal é uma das áreas da enfermagem em constante desenvolvimento, que visa conciliar os avanços tecnológicos para a sobrevivência do bebê, com as abordagens que valorizem as inter-relações cotidianas (Gomes *et al.*, 2021). A situação da família é acompanhada de perto pela enfermagem, que mantém uma relação terapêutica com maior facilidade, devido a interação e prestação constante de cuidados diretos durante longos períodos. Dessa maneira, os enfermeiros por estarem na primeira linha de cuidados e integrados à trajetória de saúde/doença, conseguem identificar as necessidades específicas do RNPT e da família, e planejar intervenções congruentes e ajustadas (Tavares; Silva; Magalhães, 2022).

Notabiliza-se que o enfermeiro desenvolve estratégias e intervenções terapêuticas adequadas e personalizadas permitindo a capacitação efetiva dos pais, com o fito de que ocorra uma transição para a parentalidade de forma positiva e saudável (Parente, 2016). A vista disso, foram realizadas nove tipos de intervenção terapêutica com as famílias dos RNPT, dentre elas tem-se a escuta ativa, que requer concentração e energia por parte do profissional e envolve o interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento da fala para identificar a real demanda dos pais. Essa modalidade surge como ferramenta de cuidado leve, voltada para a humanização da assistência, tornando o tratamento mais resolutivo (Oliveira *et al.*, 2018).

Conquanto ela apresenta muitos benefícios, ainda é um recurso pouco utilizado pelos profissionais, no estudo de Oliveira e colaboradores são elencados três motivos principais: a configuração dos serviços, que priorizam os procedimentos técnicos; a insuficiência de tempo frente ao excesso de trabalho e o despreparo para realizar um atendimento adequado. Além disso, os profissionais entendem a escuta ativa apenas como parte da anamnese, quando na verdade por meio das queixas e temores relatados, é possível direcionar os pacientes, familiares e/ou cuidadores a uma autorreflexão do processo saúde doença (Oliveira *et al.*, 2018).

As intervenções terapêuticas de enfermagem são consideradas uma ação contínua no processo de transição, devendo proporcionar conhecimento e capacidades ao indivíduo em transição, de forma a desencadear respostas positivas, com o intuito de restabelecer a sensação de bem-estar (Santana, 2021). Assim, também foi aplicada uma comunicação ativa, mediada pelo diálogo, apoiado em uma relação horizontal de escuta, troca, respeito de valores, opiniões e modos de ser e fazer do outro, sustentado na confiança e no vínculo com a família. Essa comunicação entre profissionais e usuários é uma ferramenta crucial para informar,

confortar, orientar, atender as necessidades básicas e produzir a corresponsabilidade, a resolutividade, autonomia das famílias e o cuidado de qualidade (Moreira; Gaiva, 2016).

Entretanto, para isso acontecer é necessário compreender as propriedades e condições próprias do processo de transição e a teoria fornece estrutura para o entendimento das situações complexas que são informadas pelas famílias (Meleis *et al.*, 2010). Nessa perspectiva, a comunicação precisa ser um processo em que o compartilhamento e a compreensão das mensagens, exerçam influência no comportamento dos sujeitos envolvidos, conservando a participação, partilhando ideias e propósitos, permitindo traçar metas e visualizar meios de atingi-las (Moreira; Gaiva, 2016). Quanto a isso, pode-se exemplificar com a família Esmeralda, a qual estava se sentindo incomodada com a pouca informação que passavam para ela, então foi mostrado o prontuário do filho a essa mãe e quando ela leu, já se sentiu aliviada e mais calma.

Quando há uma comunicação dialógica, é construído um clima de segurança, tranquilidade e confiança, pois os problemas encontrados são ouvidos e há a construção de um ambiente terapêutico, que objetiva fazer os pais superarem as situações difíceis e oferecer ajuda. Em contrapartida, os profissionais devem desenvolver habilidades, competências e atitudes pertinentes, para promover a saúde, cidadania e autonomia dos clientes, valorizando as demandas trazidas pelos pais, sem julgá-las e/ou desconsiderá-las. Ante o exposto, o relacionamento terapêutico de escuta pode ser o elo facilitador da humanização na assistência hospitalar, pois estimula o indivíduo a superar as dificuldades e propõe a construção de um novo olhar sobre a vida atual e um sentido para um novo caminho após a alta (Moreira; Gaiva, 2016; Oliveira *et al.*, 2018).

Concomitantemente, um importante facilitador da transição é a preparação antecipada para lidar com a nova situação: conhecendo o que é esperado, as estratégias que podem ser utilizadas e suas prováveis consequências, esses revelaram-se um potenciador de uma transição saudável (Santana, 2021). Portanto, a proporção em que as famílias vão a unidade para outras visitas, as informações podem ser complementadas e os cuidados aprimorados (Gomes *et al.*, 2021). Até porque, a necessidade de lidar com as mudanças e com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e se ajustar a essas realidades é uma propriedade inerente à vida (Tavares; Silva; Magalhães, 2022).

Outrossim, o MC transfere ao profissional de enfermagem um papel de destaque e devido a capacidade gerencial, avaliativa e da autonomia nos cuidados e ensino, a adesão ao método é fortalecida. O enfermeiro desempenha um papel privilegiado e de proximidade com o paciente, e com as competências específicas, ele pode implementar intervenções

estruturadas e contextualizadas para facilitar a transição. O foco nas transições fornece uma estrutura que reconhece os aspectos universais da enfermagem, aumenta o potencial dos enfermeiros no apoio a situações emergentes, apoia as preocupações dos enfermeiros sobre a mudança de sistemas e sociedades e desafia os enfermeiros a desenvolver terapêuticas que suportem experiências positivas e resultados saudáveis (Meleis; Trangenstein, 2010; Melo *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021).

Tanto a UTIN quanto a UCINCo são áreas de atuação cuidadora, indicadas para a recuperação e reabilitação orgânica dos RNPT, e esse ambiente possui algumas restrições, dentre elas tem-se o uso de celular dentro do setor (Silva; Santos; Araújo, 2021). Contudo, foi observada uma inquietação das mães, pois elas demonstraram o desejo de ter fotografias de seus filhos, por esse motivo, a pesquisadora começou a registrar os momentos em que as mães realizavam posição canguru, colocavam o bebê no colo, trocava a fralda, realizava a alimentação por sonda e/ou amamentava. Posteriormente, era feita uma edição dessas fotos por meio do aplicativo Remini, o qual é um editor de imagens gratuito, que aumenta a qualidade e essas fotos eram enviadas a essas mães via *Whatsapp* (figura 6).

Figura 6 - Retratando o afeto das famílias na primeira etapa do método canguru.



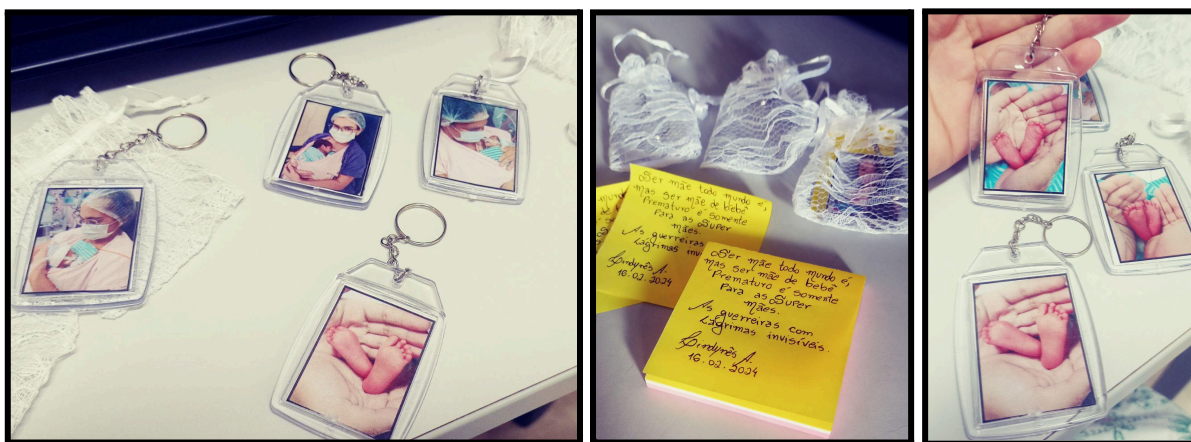
Fonte: Autora, 2025 (Imagens autorizadas).

A fotografia é um corte no fluxo do tempo real, é o congelamento de um instante separado da sucessão dos acontecimentos, ela é um fragmento de um tema, do entorno e do sentido, que simula a profundidade do campo de visão e estimula o indivíduo a ir além daquilo que está sendo representado na imagem, pois desencadeia ideias de diferentes modos (Buaski, 2020). Isto posto, a mãe da esquerda está pegando sua bebê no colo após um longo período, em que a criança lutava contra a infecção e a mãe da direita está admirando o seu bebê, pois acabava de voltar de viagem da sua casa, ambas as fotos representam a emoção, a sensibilidade quanto a situação do filho e o comprometimento com o cuidado.

As fotos foram tiradas de forma espontânea, ou seja, sem uma preparação das mães para a pose, pois a finalidade era eternizar o momento, captar a ternura e carinho no olhar e nos gestos das mães, mediante autorização prévia. Todas as mães foram fotografadas e elas apresentaram melhoria no humor, na autoestima e diminuição no estresse, a mãe Andaluz e Cristal relataram que ficaram muito contentes com as fotos e falaram que enviaram no mesmo dia para a família, que não pode visitá-las no hospital.

As fotos demonstraram ser uma potente estratégia de humanização, mas também buscou-se um instrumento mais palpável, que as famílias pudessem guardar de lembrança, então foi pensado no chaveirinho, em que ambos os lados poderiam possuir uma foto diferente da família (figura 7). Essa foi outra intervenção criativa que também utilizou a fotografia como uma ferramenta ímpar para ser um ponto de partida para as reflexões, sobre a força própria, vivência daquele momento e evolução no papel de mãe/pai.

Figura 7- Intervenção terapêutica com fotos da família nos chaveirinhos.



Fonte: Autora, 2025.

As famílias escolhiam as fotos que mais agradavam a elas e a pesquisadora preparava o chaveirinho e colocava em uma embalagem rendada. Além disso, foi incluído um bilhetinho com uma frase, cujo autor é desconhecido, mas que foi importante para esse ciclo, que diz: *“Ser mãe todo mundo é, mas ser mãe de bebê prematuro é somente para as super mães. As guerreiras com lágrimas invisíveis”*. A mãe Diamante relatou que ao ler a frase ficou emocionada, porque representava o que ela estava vivendo, sendo forte, resiliente e persistente para superar os problemas e agravos que surgiram.

A forma como os profissionais se comunicam com a família pode operar positivamente na transição e as intervenções terapêuticas além de promover a saúde, devem ser aplicadas para além das práticas curativas, considerando os pais e a criança que estão vivendo o processo. Acerca dessa lógica, as intervenções não foram aplicadas apenas para atingir o esperado e o padrão desejável, foi considerada a realidade, vontade, contexto de vida e necessidades da família, de modo que houvesse a integralidade do cuidado quanto a saúde física, mental, espiritual e social. O fato do enfermeiro reconhecer as mudanças que ocorrem com a família, mostra que ele se corresponsabiliza por sua saúde e associado a um comportamento gentil e educado, há uma influência positiva no estabelecimento do vínculo e da confiança (Moreira; Gaiva, 2016).

Nesse sentido, destaca-se a família Safira em que seu bebê viveu por apenas nove dias e a mãe não conseguiu segurar seu bebê, não tirou nenhuma foto com ele e no dia do óbito a equipe de enfermagem informou que estava muito corrido e não conseguiram fazer uma mensagem e/ou entregar o carimbo do pezinho e nem a caderneta da criança. Após duas semanas do óbito, a pesquisadora entrou em contato com a mãe que alegou estar triste, principalmente por possuir apenas as memórias do que enfrentou e viveu na UTIN, não tendo nada do seu bebê consigo. Então, após pesquisar e ouvir ideias sobre o que fazer pela família Safira, a burocrata da UTIN me orientou a ir no faturamento para ter acesso ao prontuário e a caderneta da criança, pois nela há o carimbo do pezinho do RN, que é feito assim que ele nasce.

Contudo, a equipe de saúde também disse que não seria possível conseguir o prontuário, pois devido a grande quantidade de papéis seria praticamente impossível, como também deveria solicitar e ter a autorização da família por escrito em um documento. Mesmo assim, a pesquisadora foi ao setor e, por coincidência ou não, a faturista hospitalar estava com o prontuário na mão, mostrei a documentação da autorização da mãe e ela me deu a caderneta do RN. Assim, foi possível fazer um chaveirinho com a foto do pezinho do RN para a família guardar de lembrança, conforme figura 8.

Figura 8 - Chaveirinho do pezinho do recém-nascido.



Fonte: Autora, 2024.

Quando o RNPT morre, há um processo de luto doloroso para os pais, que permanecerá por um longo tempo após voltar para casa, podendo alterar funções, porque causa dor física e emocional e o enlutado fica incapacitado por semanas, mas para passar por essa transição será necessário utilizar recursos internos para lidar com a perda. Como uma maneira de suportar essa dor, tem-se a religiosidade, tratamento do corpo do RN, segurar o bebê morto nos braços e recolher suas lembranças significativas, contribuindo para reconhecer o falecimento e validar o sofrimento da perda. Dessa forma, participar das decisões em relação ao bebê, organizar o funeral e escolher o túmulo são propostas que ajudam os pais a reconhecer esse filho, mesmo diante da sua morte (Deon *et al.*, 2021).

A partir disso, surgiu a ideia de criar um presente como se fosse do bebê para os pais, principalmente a parte da cartinha, que ajudaria a família a passar por esse período de luto. Foram feitas duas cartas, a primeira foi baseada nas particularidades da família, ou seja, em cima da entrevista que foi realizada com a mãe e, por meio do que foi relatado, construiu-se a cartinha do bebê para a mãe e o pai. Diante disso, pedi a opinião para a equipe de saúde e a bibliotecária do hospital, disseram que estava muito profunda, sensível e poderia abalar a família, pois até alguns profissionais que leram choraram. Então, com a ajuda da psicóloga da UN, que me instruiu a deixar a carta mais alegre e positiva e na figura 9 está a versão final da cartinha.

Figura 11 - Intervenção terapêutica de enfermagem - caixinha da memória, em sua fase final.



Fonte: Autora, 2024.

O ambiente de prática profissional reflete nos resultados da assistência ao paciente, pois diferentes fatores negativos como o estresse ocupacional, condição emocional e física, podem ter efeitos prejudiciais. Sabe-se que a UTIN apresenta uma demanda superior a capacidade de ocupação, sendo necessário um quadro maior de profissionais de enfermagem, principalmente de enfermeiros para o monitoramento dos bebês, por isso é relevante adequar e monitorar constantemente o dimensionamento dos profissionais nas unidades neonatais. Todavia, essa é uma questão global que é considerada um grande desafio para a gestão, porque quanto menor a equipe de enfermagem, maiores as chances de ter uma assistência negligenciada (Lopes *et al.*, 2021b).

Nesse contexto, a aplicação das tecnologias leves, o acolhimento e escuta ativa da família podem ser banalizadas, devido a sobrecarga de trabalho e quando acontece um óbito, muitas vezes essa família não tem uma atenção e/ou orientação adequada. A mãe Safira informou que não recebeu nada referente ao seu filho depois do óbito e a equipe do HUPAA, geralmente, entrega uma mensagem com o pezinho e a mãozinha do bebê carimbado. Nesse caso, é válido repensar as políticas de saúde do trabalhador para que elas reduzam a sobrecarga profissional, para que seja possível desenvolver a prática com estabilidade, excelência e que o seu bem-estar seja garantido (Santos *et al.*, 2020).

O enfermeiro tem papel de destaque para articular o cuidado, sendo vital a qualificação dessa categoria com o intuito de terem proficiência em suas habilidades e saber lidar com os familiares que enfrentam a morte e o morrer de crianças (Mufato; Gaiva, 2020). Para isso, é preciso considerar as angústias, os sentimentos, dúvidas e expectativas dos pais,

uma vez que cuidar do ser humano não se resume apenas ao corpo, mas sim ao seu universo, que inclui a sua família. Lidar com os agravos que resultam na morte do bebê ressalta sentimentos de impotência e frustração, manifestados de diferentes modos e frequência, que podem ser potencializados quando a equipe possui um vínculo consolidado com a criança e ela vem a óbito (Gonçalves, 2018; Klock *et al.*, 2019).

O ciclo da vida é entendido pelo nascimento, crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, mas a morte pode interromper esse processo temporal a qualquer momento, por isso ela é um tema difícil e complexo de ser abordado, e quando se trata da morte de um RN, é vista como prematura, pois foge das expectativas sociais e cronológicas. Assim, em uma UTIN a dor e o sofrimento são intensificados, frente a morte, devido a inversão do ciclo natural o que acaba levando a equipe de enfermagem a se sentir insegura, angustiada, impotente, devido a imprevisibilidade do quadro clínico e também porque a enfermagem é a equipe que mais presta assistência direta aos bebês e seus familiares (Gonçalves, 2018).

Adicionalmente, dar legitimidade à dor que a perda do bebê traz para a mãe é importante, pois a invisibilidade do luto traz sofrimento e solidão, logo, os gestos de apoio, como: tirar fotos, guardar roupas e cobertores do bebê ajudam a construir memórias (Rodrigues *et al.*, 2020). Isso ratifica o que foi experienciado pela família Safira, pois ao encontrar a mãe e entregar a caixinha da memória, foi explicado que deveria ser uma surpresa e por isso não foi perguntado a opinião dela antes, sobre querer o presente. Em sequência, a pesquisadora comentou sobre o que a caixinha possuía e a mãe demonstrou alegria e gratidão em seus olhos, que ficaram marejados e ela disse:

*Eu quero sim, porque não fiquei com nada dele...
...Estava mesmo precisando de um chaveirinho, que eu ando só com a chave
(Família Safira).*

Falar sobre a morte da criança também beneficia os pais que perderam seus filhos, pois eles são capazes de compartilhar a experiência real e é fundamental ajudá-los a entender e aceitar que eles estão vivos, mesmo que seu bebê esteja morto. Quanto às fantasias dos enlutados sobre a morte, os seus significados são profundos, causando grande sofrimento para a família, em especial a mãe que pode achar que falhou em seu papel, se culpar, se isolar e até evitar pessoas que a viram grávidas devido ao estigma social de ter um filho morto. Dessa maneira, estimular a discussão sobre o processo de morte reforça a necessidade de desconstruir, construir e reconstruir novos pilares para o entendimento da transição (Gonçalves, 2018; Rodrigues *et al.*, 2020).

Em suma, há uma abordagem correta para que essa criança tenha uma morte digna, como: não ter falhas de comunicação, em que a família compreenda a gravidade e o curso natural da morte iminente; prestar um suporte psicológico à família e aplicar uma assistência holística (Roco *et al.*, 2021). Ante o exposto, quando liguei a primeira vez após o óbito do RN para a família Safira, a mãe explicou que estava preocupada, pois tinha uma consulta de puerpério e faltou, porque estava com muitas dores, vivendo o luto e pediu para remarcar, após conseguir, informei o dia e hora. Assim, no retorno dela ao hospital para a consulta, foi possível entregar a caixinha (representada na figura 11). São pequenas coisas que estão ao alcance dos profissionais de saúde que tem um grande valor para os pacientes, principalmente para as famílias que estão vulneráveis devido ao luto.

Prevenir, promover e restabelecer a saúde do indivíduo, da família e da comunidade são ações realizadas por todos que trabalham na assistência, até porque salvar vidas foi e é, a grande responsabilidade frente ao ser humano que padece (Santos *et al.*, 2020). Dessarte, com a equipe multiprofissional, a qual fizeram parte a terapeuta ocupacional (TO), a equipe de enfermagem e a psicóloga, foi possível realizar uma oficina de crochê, a costura de móveis para o quarto do bebê, leão em feltro e costura do nome dos RNPT em feltro (figura 12). As atividades aconteceram apenas com as mães, sempre que elas estavam disponíveis e dispostas e os pais não participaram porque não estavam no hospital.

Figura 12 - Resultados da intervenção terapêutica com o feltro.



Fonte: Autora, 2024.

As atividades duravam em torno de duas horas, onde a pesquisadora e/ou a TO conduziam as atividades e as mães teciam peças de decoração para seus filhos, com os

materiais: feltro que foi disponibilizado pelo HUPAA, as agulhas e linhas de crochê que a TO autorizou e cedeu para uso e os modelos de cada elemento foi feito pela pesquisadora e TO. Essas sessões tiveram o objetivo de reduzir o estresse, a ansiedade e melhorar o humor, bem como tornar o ambiente acolhedor e proporcionar maior aproximação dos pais com a equipe na UN. E isso foi alcançado, principalmente pela família Pérola, pois sua família nuclear passou a levar feltro para ela no hospital e materiais de costura e a mãe fez móveis para o seu bebê e para os filhos das outras mães, ela afirmou que era a terapia dela costurar.

Para potencializar esses resultados, as sessões eram realizadas regularmente, em geral a cada 2 dias e no momento da intervenção, os princípios básicos da humanização foram fortalecidos, em decorrência dessa relação terapêutica, pois era promovido o bem-estar, o acolhimento, a escuta ativa e o vínculo formado entre a família acompanhante e os profissionais de saúde. Além disso, essa intervenção desenvolve a memória, postura, coordenação grossa e fina, minimiza o ócio e pode impactar positivamente na adesão a tratamentos e modificações de hábitos de vida pouco saudáveis das famílias (Oliveira *et al.*, 2018; Graça *et al.*, 2019).

A enfermagem possui um olhar sensível para as necessidades da família que permite relacionar-se com elas e também implementar intervenções de acordo com as suas vulnerabilidades, com o intuito de ajudar essa família a passar pelas transições de maneira saudável. O foco nas transições fornece uma estrutura que aumenta o potencial dos enfermeiros no apoio a situações emergentes; eles podem auxiliar os indivíduos a ajustar a identidade e padrões de vida; eles são desafiados a desenvolver terapêuticas que suportem experiências positivas e resultados saudáveis, como também passam a compreender as variações na transição (Meleis; Trangenstein, 2010; Almeida *et al.*, 2024).

No diálogo com a teoria, quando o enfermeiro promove uma responsabilidade partilhada de cooperação e de parceria, conduz a transição para a maestria nos comportamentos e na aquisição de novas competências para as novas condições. Somado a isso, os enfermeiros podem ajudar a gerir as condições pessoais e externas dessas famílias, prevenindo complicações e ensinando os pais a treinar a implementação de estratégias frente a transição. Em síntese, os pais não ficam na posição de objeto, alheio a tudo que diz respeito ao seu filho, aos seus desejos e seu sofrimento, eles são ativos durante o processo de enfrentamento, não apenas em relação ao RNPT, mas também com as mudanças que surgem no cotidiano (Oliveira *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2019).

Diante desse quadro, algumas mães relataram desentendimento no alojamento, devido ao barulho, conversas paralelas e mal comportamento de algumas mães, que afetaram o

descanso e humor de algumas, então foi realizado um bingo, para promover a socialização, interação social, proporcionando um momento de convívio social prazeroso e o senso de comunidade (figura 13). Essa intervenção foi importante porque utilizou estratégia de coping face aos problemas e ajudou as famílias a ultrapassar os obstáculos (Melo *et al.*, 2021). O papel da psicóloga também foi fundamental, pois também promoveu rodas de conversa que capacitaram essas famílias para uma melhor gestão das dificuldades, melhor adaptação e coping mais eficaz.

Figura 13 - Bingo como intervenção terapêutica.



Fonte: Autora, 2024.

Implementar estratégias que melhorem a gestão do estresse e ansiedade, impacta diretamente na saúde da pessoa que cuida, no RNPT e, também na comunidade e na sociedade, pois a prestação de cuidados é um processo exaustivo, que possui inúmeros desafios e/ou problemas, sobrecarregando vários domínios associados, causando consequências negativas à família. Por isso, que deve-se ter um foco abrangente e holístico nas metas e nas necessidades de cada bebê e família, identificando precocemente as respostas aos riscos, evitando eventos adversos e indesejáveis que prejudiquem a saúde do sujeito e tendo uma abordagem multidisciplinar que inclua o paciente, cuidadores familiares e prestadores de cuidados de saúde como membros de uma equipe (Naylor; Clave, 2010; Melo *et al.*, 2021).

Portanto, será possível avaliar os resultados clínicos e econômicos alcançados pelas intervenções, cada uma concebida para melhorar as transições dessas famílias, porém se elas não forem implementadas da maneira esperada, isto é, associada ao fazer prático, as ações de

enfermagem não serão completas. Afinal, será difícil colocar em prática um cuidado centrado na família, pois as condutas tornam-se, gradativamente, mais tecnicistas e as reflexões e discussões sobre o fazer científico ficam mais escassas e restritas ao ambiente acadêmico. Dessa forma, o processo de trabalho pode ser melhorado, com contínuos esforços para promover a ciência relacionada à transição, cujos cuidados, assistência e intervenções possam ser eficazes (Naylor; Clave, 2010; Fonseca *et al.*, 2020).

Por fim, a implementação de modo efetivo do MC, é um grande passo nesse processo, mas a prática do cuidado em si e as ações da UN são o mais relevante e que podem ser qualificadas, uma vez que fornecem efeitos positivos na saúde do RNPT e da família. Por conseguinte, os cuidados maternos e paternos ao serem inseridos progressivamente como a presença diante do filho, tocar, conversar, fazer carinho, realizar posição canguru, trocar fralda, administrar dieta, entre outras, são ações que conferem alívio e alegria, e a familiaridade com a rotina e com os procedimentos amenizam o sofrimento da família. Assim, os pais passam a entender que os sentimentos favorecem a evolução da criança e que o cuidado requer tempo e ao final dessa transição estarão adaptados ao novo papel e as novas circunstâncias (Barros; Trindade, 2007; Fonseca *et al.*, 2020; Silva; Santos; Araújo, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias apresentaram situações diversas, que envolveram problemas econômicos, sociais e emocionais, mas mediante a participação da equipe multiprofissional foi possível operacionalizar intervenções positivas e efetivas, de modo a promover o cuidado dentro do cenário materno-infantil e intervir para que atingissem o sentimento de bem-estar e adquirissem qualidade de vida. No contexto do estudo, foi possível utilizar o processo de enfermagem atrelado aos cuidados em família, favorecendo o acompanhamento e a continuidade do cuidado no método canguru e também posterior a ele.

A teoria das transições foi o pilar para a realização desta pesquisa, que devido a sua complexidade de competências e saberes essenciais que foram compartilhados às famílias, possibilitou alcançar novos conhecimentos e satisfação com o papel parental, resultando em um melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo. A experiência com estudos, com foco nas transições têm implicação para a prática profissional, pois o enfermeiro percebe as necessidades dos sujeitos e passa a descrevê-las mediante uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica. Destarte, ao utilizar estratégias, a família pode alcançar uma transição saudável, como no caso do luto, prevenindo riscos de prejuízos emocionais, culpa, depressão, entre outros.

A maestria, no contexto da teoria, reporta-se ao conhecimento profundo, à habilidade e à capacidade dos profissionais de saúde de entender e apoiar essas transições. Ela abrange a percepção sensível das fases e dos desafios enfrentados pelas pessoas durante esses períodos de mudança. Além disso, a maestria implica em um processo de envolvimento ativo, empático e reflexivo com os pacientes e familiares, para proporcionar cuidados que favoreçam a adaptação e o bem-estar ao longo das transições. Estes aspectos convergem para os princípios do método canguru e da assistência humanizada no cuidado neonatal.

Ser mãe ou pai é um direito que transcende os aspectos biológicos e os pais de RNPT apresentam nuances particulares para cada família, que variam de acordo com a natureza e condicionantes da transição. Diante disso, a adoção do método canguru contribuiu para a promoção de mudanças na atenção à saúde, a qual estava centrada em evidências científicas garantidoras de qualidade na assistência clínica, nos cuidados individualizados e singulares que fazem parte da humanização, protegendo, assim, o princípio de cidadania da família. Assim, o foco da assistência foi ampliado, os sentimentos e representações foram identificadas e as intervenções foram realizadas junto a eles, auxiliando-os a compreender

melhor alguns aspectos da dinâmica familiar e transformando-os em protagonistas na recuperação do filho.

A transição por ser um processo dinâmico, requer a construção de uma nova identidade, sua desconstrução e a reconstrução da mesma, e para evitar instabilidade, os enfermeiros precisam reconhecer situações críticas de vulnerabilidade e intervir para impedir consequências graves e negativas, favorecendo resultados positivos à saúde. Contudo, também é necessário que os sujeitos queiram enfrentar e/ou enfrentem os obstáculos que apareçam, pois terão consciência da situação e lutarão para resolvê-la, a partir do momento que tiverem maestria sobre ela.

No que se refere aos limites deste estudo, aponta-se o fato de que a pesquisa foi realizada em uma região específica do país, cujo imaginário e os saberes dos participantes sofrem influência direta do nível de instrução e dos fatores socioculturais. Além disso, se observa outra limitação no fato do estudo trabalhar com as falas de 14 mães e apenas 1 pai, quando sabe-se que o MC procura incluir o pai nos cuidados do RNPT, mas este fato também sofre a influência de fatores sociais e culturais.

Como implicação para a prática espera-se que a partir dos resultados desta pesquisa a atuação profissional dos enfermeiros nos campos da teoria, pesquisa e cuidado, incentive a incorporação de novas ideias e inovações tecnológicas, de modo que potencializem a prática profissional do enfermeiro em suas diferentes dimensões. Ainda, almeja-se que este estudo seja um elemento facilitador na estruturação de intervenções de enfermagem, que favorecessem um coping eficaz para as transições. Em última instância, acredita-se que a atualização constante na melhoria do cuidado, da assistência e desempenho profissional irá otimizar a prática.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, G. A.; FRANCISCO, N. F. X.; CASTRO, R. B. C. Participação paterna na unidade de terapia intensiva neonatal segundo a concepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 10, n. 2, p. 225-232, 2021. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3815>
- AIRES, L. C. P. **Método Canguru no Estado de Santa Catarina: um Estudo Histórico e Foucaultiano**. Tese (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.
- ALBUQUERQUE, L. K. S. *et al.* Práxis do método canguru na percepção dos profissionais de enfermagem. **REAS.**, v. 24, n. 10, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16477>
- ALDRIGHI, J. D.; WALL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4YpwtCtBmMzk8hYt8HwPrdw/#>
- ALMEIDA, L. A. *et al.* O RESGATE DAS MEMÓRIAS DE UMA MÃE: A CONDUTA DE ENFERMAGEM DIANTE DO LUTO. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 26, 2024, Recife. **Anais - 26º CBCENF**. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://inscricoes-cbcenf.cofen.gov.br/anais/22/36202/trabalhoresumo>
- ALMEIDA, L. I. V.; RAMOS, S. B.; FIGUEIREDO, G. L. A. Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuras. **Aletheia**, v. 52, n. 1, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000100003
- ALMEIDA, N. S.; GOLDSTEIN, R. A. Impactos psíquicos nas vivências de mães de bebê com extremo baixo peso internado em UTI Neonatal. **Rev. SBPH**, v. 25, n. 1, p. 84-96, 2022. Disponível em: <https://revista.sbp.org.br/revista/article/view/30>.
- ALMEIDA, S. L. *et al.* Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **REAS/EJCH**, v. 30, n. 30, p. 1-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e786.2019>.
- ALVES, A. B. *et al.* Funcionalidade na perspectiva das redes de apoio no puerpério. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 22, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bdgv3DfcQB3y7y3sN3spHLM/?lang=pt>

ANOMINONDAS, K. C. *et al.* A vivência de pais de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Recien.**, v. 11, n. 35, p. 309-316, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/458>

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Edições 70** - São Paulo, 3º reimp. da 1ª edição de 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

BARROS, S. M. M.; TRINDADE, Z. A. Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 8, n. 2, p. 253-269, 2007. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a08.pdf>

BATISTA, M.; DOMINGOS, A.; VIEIRA, B. Políticas públicas: modelos clássicos e 40 anos de produção no Brasil. **BIB**, v. 1, n. 94, p. 1-25, 2021. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/179>

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido. Método Canguru: diretrizes de cuidado.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 340. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm

BRASIL. **Lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022.** Institui o Programa Emprega + Mulheres; e altera a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 11.770, de 9 de setembro de 2008, 13.999, de 18 de maio

de 2020, e 12.513, de 26 de outubro de 2011. Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14457.htm

BRASIL. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(*)**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000.** Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Ministério da Saúde, 2000b. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

BRASIL. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Revoga a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html

BRASIL. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html

BRASIL. **Requerimento nº 288/12.** Requer informações do poder executivo com relação ao cumprimento da lei municipal nº 5.430, de 14 de julho de 2010, que “institui o programa mãe canguru no atendimento ao recém-nascido prè termo e/ou de baixo peso, nos hospitais e maternidades pertencentes à rede municipal de saúde de assis e dá outras providências”. Câmara Municipal de Assis - Estado de São Paulo. 2010. Disponível em:
https://sapl.assis.sp.leg.br/pysc/download_materia_pysc?cod_materia=NTkwMDk=&texto_original=1.

BUASKI, J. P. **Humanização: vivência de mães de bebês prematuros em seu processo de internamento em UTI Neonatal.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário) - Universidade Estadual do Centro Oeste, Irati, 2020.

CAÑEDO, M. C. **Método Canguru: a experiência dos pais de recém nascidos com baixo peso.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A.; NOGUEIRA, V. O. Erros no exercício da enfermagem que caracterizam imperícia, imprudência e negligência: uma revisão bibliográfica. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 29, n. 1-2-3, p. 100-107, 2018. Disponível em:
<https://aben.emnuvens.com.br/repem/article/view/444>

CARDOSO, S. M. P. **Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016.

CARVALHO, N. A. R. *et al.* A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02503>.

CHARPAK, N. *et al.* Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. **Pediatrics**, v. 139, n. 1, 2017. Available from:
<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/139/1/e20162063/51918/Twenty-year-Follow-up-of-Kangaroo-Mother-Care?redirectedFrom=fulltext>.

CHERMONT, A. G. *et al.* Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada. **REAS/EJCH**, v. 39, n. 39, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2110.2020>. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2110>

COELHO, B. F.; JUNIOR, R. N. M. Utilização do octopus como recurso de humanização na resposta imediata dos sinais vitais de prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **LifeStyle Journal**, v. 6, n. 1, p. 59-68, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v6.n1.p59-68>.

COSSUL, M. U. **Experiência materna durante a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: repercussões no estabelecimento do vínculo afetivo e na parentalidade**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

COSTA, D. C. B. **Desenvolvimento da Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017.

COSTA, J. U. A. **Participação paterna no método canguru**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário São Lucas, Porto velho, Rondônia. 2018.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n.3, p. 137-145, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181>

CUNHA, A. C. B.; EROLES, N. M. S.; RESENDE, L. M. “Tornar-se mãe”: Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. **Interação em psicologia**, v. 24, n. 3, p. 279-287, 2020. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/72840121/42626-libre.pdf?1634960493=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTornar_se_mae_Alto_nivel_de_estresse_na.pdf&Expires=1731030881&Signature=CaFyIdOHmZ9TF9FUROCoYdZmUbt-6zEqI-04-vq8QFY8pcbejhIxYBdnicg9cxBsZjZLLC~11rBj64vKEj7Hbq3tk95gzxGBzq0GncUSueLwpDiDVST3XTu3DoACgEnz3YtbLhQC7jyo5jBtD5nPmBfJYqtfMxjLcleer6XkcfRiK16ikcEMNZCmeEZN5vcNxdI9AVwwBAYRcvHMSHCQP4oFjFHqUUhgvtR0B7YdoOATJN9ePLtoFRaE-K9b5vO32PtFYopvHxha41tqcfrPpuLeMKh1IwtnRpVCYUO6b0UicF0RxxzgbVmADr4DgpzyaEBSAbg5No4wPHkh4Kw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

DEON, A. P. *et al.* Voltando para casa de braços vazios: luto materno em decorrência da prematuridade. **Psicologia em Revista**, v. 27, n. 3, p. 737-751, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n3p737-751>. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/19637>

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 16, n. 3, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/tKVjzy8dRNBxcLMT637PcHJ/?lang=pt>.

FEITOSA, L. **Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

FEITOZA, F. B. M. **Mães, trabalho e proteção social: uma análise sobre a licença maternidade no contexto dos direitos fundamentais**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social) - Universidade de Brasília/UnB, Brasília, 2021.

FONSECA, S. A. *et al.* Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. **Enfermería (Montevideo)**, v. 9, n. 2, 2020. Disponível em:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000200170&script=sci_arttext&tln g=pt#B25.

FRANTZ, M. F.; DONELLI, T. M. S. Vivências parentais no contexto da prematuridade: da UTIN ao primeiro ano de vida do bebê. **Ágora**, v. 25, n. 2, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/agora/a/NhzXGgx4dzLHCFMFrKXG9Yz/#>

GEREMIAS, C. K. **Método Canguru: experiência vivida pelos pais e as contribuições da Enfermeira**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

GOMES, M. P. *et al.* Conhecimento de mães sobre cuidados de recém-nascidos prematuros e aplicação do Método Canguru no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 6, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/766whPM4tcCr66gd4h3cJwy/?lang=pt#>

GONÇALVES, C. C. **Vivências da equipe de enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018.

GONÇALVES, I. J. **Condicionantes para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da teoria de Afaf Meleis**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

GONZÁLEZ, F. E. REFLEXÕES SOBRE ALGUNS CONCEITOS DA PESQUISA QUALITATIVA. **Rev. Pesq. Qualit.**, v.8, n.17, p. 155-183, 2020. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Gonzalez-9/publication/346063651_Reflexoes_sobre_alguns_conceitos_da_pesquisa_qualitativa/links/5fc524b74585152e9be4a8fc/Reflexoes-sobre-alguns-conceitos-da-pesquisa-qualitativa.pdf

GRAÇA, B. C. *et al.* Crochê terapia: tecendo a qualidade de vida na Atenção Básica. *In:* Anais do 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2019, Cuiabá.

Anais do 15º CBMFC, Galoá, 2019. Disponível em:

<https://proceedings.science/cbmfc-2019/trabalhos/croche-terapia-tecendo-a-qualidade-de-vida-na-atencao-basica?lang=pt-br#>

HAGEN, I. H.; IVERSEN, V. C.; SVINDSETH, M. F. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. **BMC Pediatr.**, v. 16, n. 92, 2016. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0631-9>

HENNING, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis**, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fXZJ8gPvJ9RYP6g6CJTgw3v/abstract/?lang=pt>

IBGE. Censo 2022: Em 12 anos, proporção de mulheres responsáveis por domicílios avança e se equipara à de homens. **Agência IBGE Notícias**, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41663-censo-2022-em-12-anos-proporcao-de-mulheres-responsaveis-por-domicilios-avanca-e-se-equipara-a-de-homens>

INSTITUTO DE SAÚDE. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. Temas em Saúde Coletiva 19. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 261. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/canguru_capa_miolopdf

KLOCK, P. *et al.* Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPmDKvJMj9bjTgb4tZsXyN/?lang=pt>

KORNIJEZUK, N. P. **Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: 25 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO BRASIL. **Rev. paul. pediatr.**, v. 37, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfghn/?lang=pt#>

LAMY, Z. C. *et al.* O método canguru nos dias atuais. In: PROCIANOY, R. S.; LEONE, C. R. (Org.). **PRORN- Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 14**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. v. 3, p. 11 - 41.

LEAL, W. O.; FRANCO, P. A. F. Cuidados de enfermagem centrados na família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Foco**, v. 17, n. 4, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4886>

LIMA, C. F. M. *et al.* Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n.5, p.1-5, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>.

LIMA, M. F.; SIQUEIRA, R. M.; VENTURA, C. M. U. UTI Neonatal: percepção dos pais sobre o internamento e os cuidados da equipe de enfermagem. **Revista Gestão e Conhecimento**, v. 16, n. 2, 2022. Disponível em: <https://ojs.revistagec.com.br/ojs/index.php/rgc/article/view/214>.

LOPES, J. R. S. *et al.* Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática. **R. Saúde Públ.**, v. 4, n. 2, p. 172-183, 2021a. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/486>

LOPES, R. P. *et al.* Ambiente de prática profissional e estresse no trabalho da enfermagem em unidades neonatais. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 55, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/85JFzyzgByrHJNTBq7Y45KB/?lang=pt#>

LUZ, S. C. L. **Construção de um guia de cuidados para a primeira etapa do método canguru em uma maternidade pública do sul do Brasil**. Dissertação (Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

LUZ, S. C. L. *et al.* Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75 , n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D8Syrvy8TQLdTxzvpQ7BYDq/?format=html&lang=pt>

MACHADO, V. S.; BARISON, G. B. O processo de humanização e o profissional de enfermagem em UTI Neonatal: revisão integrativa. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i9.1985>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1985>

MARÇOLA, L. *et al.* Comunicação de más notícias em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: a avaliação feita pelos pais. **Rev. paul. pediatr.**, v. 38, 2020, DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019092>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/8mdgBN5Dq69TgTzVMdZZTZn/?lang=pt#>

MARTINELLI, K. G. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 38, s/n, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6L36BD8CVYczcXZ63gs7Cdj/?lang=pt&fbclid=IwAR0FNQXGFWAMv1VVSliK05lML8xQM0gDRPQYf1Aud4qJ-HMXk9-3r6isfl4>.

MARTINS, K. C. S.; SILVA, M. G. V. Entre o bebê imaginário e o real: a elaboração do luto materno frente ao filho com necessidades especiais. **Lumen**, v. 29, n.1, p.97-108, 2020.

Disponível em:

https://web.archive.org/web/20201103054245id_/https://publicacoes.fafire.br/diretorio/lumen/lumen_v29n1_a07.pdf.

MATIUSSO, R. C. L.; VARGAS, A. P. M.; MAKUCH, D. M. V. Caracterização de ruídos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade pública do Paraná. **Revista Presença**, v. 10, n. 24, 2024. Disponível em:

<https://ojs.revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/ojs/article/view/16>

MELEIS, A. I. *et al.* Transition Theory - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In: MELEIS, A. I. **Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. 1 ed. New York: Springer Publishing company, 2010. p. 52-65.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In: MELEIS, A. I. **Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. 1 ed. New York: Springer Publishing company, 2010. p. 65-72.

MELO, R. *et al.* Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar.

Rev. Investigação & Inovação em Saúde, v. 4, n. 1, p. 61–73, 2021. Disponível em:

<https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/119>.

MESQUITA, D. S. *et al.* Acolhimento de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal segundo binômio pais-filhos: estudo de revisão integrativa da literatura.

REAS/EJCH, v. 11, n. 13, 2019. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/980>.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em:

<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Método canguru: diretrizes do cuidado. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 1ª ed. revisada, 2019. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nascimento por ocorrência por Unidade da Federação segundo Duração gestação. **DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

MIRANDA, E. C. S. *et al.* Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21652020>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/909-918/>.

MOREIRA, M. D. S.; GAIVA, M. A. M. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 15, n. 4, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i4.32093>. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000400677

MOSCON, N. **Vulnerabilidade da família na proteção ao recém-nascido prematuro: um estudo no hospital universitário da UFSC e a atuação do serviço social no seu enfrentamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social do Centro Socioeconômico) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MUFATO, L. F.; GAIVA, M. A. M. Motivos-porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em UTI neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/DSzWTDQRFSKTdfHV3DhRyMN/?lang=pt#>

NASCIMENTO, A. C. S. T. *et al.* Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo Transcultural. **Revista Cuidarte enero**, v.13, n.1, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1369073/1043-texto-del-articulo-15859-1-10-20211213.pdf>.

NASCIMENTO, A. C. S. T. *et al.* Redes Sociais de Apoio às famílias de prematuros que vivenciam a hospitalização: um estudo Transcultural. **REAS/EJCH**, v. 37, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1986/1123>

NAYLOR, M. D.; CLEAVE, J. V. The transitional care model for older adults. *In*: MELEIS, A. I. **Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. 1 ed. New York: Springer Publishing company, 2010. p. 459-465.

OISHI, K. L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 30, n. 1, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/kwkccfvYvywr59Mh8MVLLG/?lang=pt#>

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Assistência de enfermagem aos pais de recém-nascidos prematuros. **Rev. Eletrôn. Acervo Saúde - REAS**, v. 24, n. 10, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13989/9480>

OLIVEIRA, C. S. **Mulheres-mães na unidade de Neonatologia do HU/UFSC: reflexões a partir do Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social do Centro Socioeconômico) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.

OLIVEIRA, J. P. **Da concepção à aprovação: a trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

OLIVEIRA, K. *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>

OLIVEIRA, M. J. S. *et al.* A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Rev. Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 2, p. 33-38, 2018. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4732

OLIVEIRA, T. C. *et al.* A implantação do método canguru em unidade de terapia intensiva neonatal: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v. 8, n. 7, p. 2171-2174, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9899/10161>

PARENTE, A. R. O. L. **A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da Prevenção à Atuação Pós-queda**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. estud.**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/abstract/?lang=pt>

PEREIRA, F. Z. *et al.* Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. **Braz. J. Health Rev.**, v. 4, n. 1, p. 3331-3348, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24957>

PINHEIRO, S. R. C. S. *et al.* Autoeficácia e apoio social das mães de prematuros em unidade neonatal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 23, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bLtmwL9mTZBrrCnJ6CqXf4N/?lang=pt>

PINTO, C. A. G. *et al.* Introdução à pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Divulgação em saúde para debate**, n. 55, p. 18-30, 2016. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/DIVULGACAO_55-WEB-FINAL.pdf

RAMOS, A. V. C. *et al.* O papel da equipe de enfermagem no incentivo ao método canguru na UTI neonatal. In: Congresso Brasileiro De Ciências E Saberes Multidisciplinares, 1^o edição, 2022, Volta Redonda-RJ. **Anais**, Rio de Janeiro, p. 1–8. Disponível em: <https://conferencias.unifoa.edu.br/tc/article/view/150>

REIS, P. P. *et al.* Adaptação de mães à prematuridade: revisão integrativa à luz de Roy. **REAS/EJCH**, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5827/3925>

ROCO, M. L. V. *et al.* Percepção do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal diante do processo de morrer do recém-nascido. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 23, n. 3, p. 7-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47456/rbps.v23i3.33857>.

RODRIGUES, K. F. *et al.* Práticas humanizadas de enfermagem aplicadas no processo de assistir e cuidar em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 10, p. 1-25, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/9228>

RODRIGUES, L. *et al.* Experiências de luto das mães frente à perda do filho neonato. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vJ3gysLHH6PrLt46rqFGzsJ/?lang=pt#>

SANTANA, A. P. C. **O nascimento prematuro: Contributos do EESMO na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) - Universidade de Évora, Évora, 2021.

SANTOS, D. C. S.; PEREIRA, M. S. Efetividade do Método Canguru em Relação à Redução da Mortalidade e Morbidade Neonatal. **Ensaios**, v. 22, n. 3, p. 186-193, 2018. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsskroton.com.br/article/view/4482>.

SANTOS, G. P. G. *et al.* Transições da prática profissional da enfermagem no enfrentamento do novo coronavírus. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, p. 84-88, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4270/988>.

SANTOS, M. H.; FILHO, F. M. A. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 67-76, 2016. Disponível em:

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3477>.

SANTOS, M. V. *et al.* Desafios da prematuridade: importância da rede de apoio social na percepção de mães de neonatos. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 28, n. 1, p. 204-215, 2023. Disponível em:

<https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/10432/5241>.

SASSÁ, A. H. *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/CXVmY9hMhGv9mhH8jWZ4sSC/?lang=pt>

SILVA, C. R. R. *et al.* Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. **Rev de Enferm Refer.**, v. 4, n. 14, p. 111-120, 2017. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675013/html/>.

SILVA, J. R. *et al.* Redes Sociais e Promoção da Saúde: Utilização do Facebook no Contexto da Doação de Sangue. **RISTI**, n. 30, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17013/risti.30.107-122>.

Disponível em:

https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-98952018000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt?script=sci_arttext&pid=S1646-98952018000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SILVA, N. P.; SEI, M. B. “Eu não estava preparada” um estudo qualitativo sobre a parentalidade em mães de bebês prematuros. **Psic. Rev.**, v. 33, n. 2, p. 399-424, 2024.

Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/60684>

SILVA, R. *et al.* Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação. **Revista Investigação em Enferm.**, n. 26, série. 2, p. 35-44, 2019. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf

SILVA, R. S. S.; SANTOS, J. V. O.; ARAÚJO, L. F. O sentido da vida de mães com filhos na UTI neonatal. **Rev. NUFEN**, v. 13, n. 1, 2021. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912021000100015&script=sci_arttext

SILVA, S. R. P. *et al.* Assistência de enfermagem na uti neonatal: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Braz. J. Health Rev.**, v. 3, n. 4,

p. 9464–9473, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-182. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14016>.

SIMÕES, L. S. *et al.* Em busca da eficiência: desempenho de indicadores materno infantis em contextos locais. **Revista Foco**, v. 17, n. 9, p. 01-19, 2024. Disponível em:
<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5934>

STELMAK, A. P. **Algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentados no Método Canguru: uma construção participativa**. Dissertação (Mestre em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

TAVARES, P.; SILVA, R. S.; MAGALHÃES, B. Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: perspectiva de enfermeiros peritos. **Revista Onco.News**, v. 1, n. 45, 2022. Disponível em: <https://onco.news/index.php/journal/article/view/58>

TORRES, B. V. S. *et al.* Desafios na amamentação com fissuras mamilares. *In*: Lima, J. B.; Silva, J. M. O.; Almeida, L. A.; Torres, B. V. S. (org.). **Amamentação e aspectos socioculturais: desafios e avanços**. 1º ed. Campo Grande: Editora Inovar, 2023. p. 98-115.

TRÓPIA, M. C. M. Prorrogação da Licença Maternidade Além da Previsão Legal. *In*: FERNANDES, A. P.; JUNIOR, M. A. S.; SANTOS, R. C. **E-book comemorativo do concurso de artigos jurídicos do congresso do IEPREV**. 1 ed. Belo Horizonte: IEPREV Editora, 2022. p. 56-64. Disponível em:
https://www.ieprev.com.br/assets/docs/EBOOK_EXCELENCIA_PREVIDENCIARIA_IEPREV.pdf#page=56

UNA-SUS. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A Rede Cegonha**. 1º ed. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Redes-deA-rede-cegonha.pdf>

VIEIRA, S. A. *et al.* ANÁLISE DA EFICÁCIA DO MÉTODO CANGURU: RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO. **Rev Recien.**, v. 10, n. 32, p. 44-52, 2020. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/309>.

ZANI, A. V.; ALVIM, H. C. O filho prematuro de baixo peso: a maternagem hospitalizada. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 4, p. 1724-1730, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15270>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA FAMILIARES (PAI/MÃE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Prematuridade na primeira etapa do método canguru à luz da teoria das transições de Afaf Meleis”**, das pesquisadoras Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio, orientadora da pesquisa, e a Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alagoas, Lindynês Amorim de Almeida. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação nesta pesquisa:

1. O estudo se destina a compreender a vivência da transição pela família frente a prematuridade do filho/a na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) enquanto primeira etapa do método canguru.

2. A relevância deste estudo consiste no fato de ser necessário que os enfermeiros compreendam o processo de transição na perspectiva dessas famílias que o vivencia, pois como reconhecedor do sentido da transição e do estado de vulnerabilidade, pode orientar a pessoa em direção a uma transição saudável e bem sucedida.

3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: possibilitar a operacionalização de intervenções positivas e efetivas, de modo a promover o cuidado dentro do cenário materno-infantil e intervir para que a família atinja o sentimento de bem-estar e/ou adquira qualidade de vida. Também espera-se colaborar com a formação e atuação profissional dos enfermeiros nos campos da teoria, pesquisa e cuidado, incentivando a incorporação de novas ideias e inovações tecnológicas, que são capazes de potencializar a prática profissional do enfermeiro em suas diferentes dimensões.

4. A coleta de dados começará em novembro de 2023 e terminará em fevereiro de 2024.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: Com a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, as famílias receberão o convite para participar da pesquisa enquanto seus filhos estiverem na primeira etapa do método canguru, através de uma entrevista. Após as entrevistas, as informações serão analisadas com base na teoria de Afaf Meleis.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: Em nosso primeiro contato, será explicado quais os objetivos desta pesquisa e todos os demais esclarecimentos necessários, além da solicitação de permissão para a coleta das informações através do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido – TCLE. Após o consentimento da família, a pesquisadora irá coletar os dados do prontuário do RN e, posteriormente, será agendado um momento com a família para a realização da entrevista. No momento da entrevista, lhe serão feitas algumas perguntas e suas respostas serão anotadas e caso seja autorizado, a entrevista será gravada para que seja feita a transcrição do áudio. Apenas as pesquisadoras terão acesso a gravação, que ficará sob guarda da pesquisadora por 5 anos em um pen drive e no computador com acesso por meio de senha pessoal. Após esse tempo, os registros serão excluídos permanentemente. Nenhuma informação será armazenada ou compartilhada em nuvem. As falas serão organizadas e categorizadas para que ao final da pesquisa, o estudo seja publicado na dissertação e em artigos científicos.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: a participante poderá sentir-se desconfortável com a relação a confidencialidade e privacidade de suas informações pessoais, podendo levá-la ao constrangimento. Para minimizá-lo, a pesquisadora utilizará durante toda a entrevista o acolhimento de forma prévia, além de escuta atenciosa, na tentativa de trazer o máximo de conforto para o momento.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, dizem respeito aos resultados encontrados nesta pesquisa, pois os mesmos poderão possibilitar a operacionalização de intervenções positivas e efetivas acerca da problemática exposta, da importância do cuidado dentro do cenário materno-infantil, especialmente ao prematuro, refletindo assim na qualidade da assistência, bem como haverá divulgação científica dos resultados encontrados.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: Caso não esteja sentindo-se bem para falar sobre algum assunto, você pode interromper a entrevista a qualquer momento, podendo continuar posteriormente ou suspender a sua participação e o seu consentimento.

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das

mencionadas informações apenas será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização. Para garantir o anonimato, as falas serão identificadas pelo termo “Família”, seguido do nome de uma pedra preciosa. Ex: Família Safira, Família Esmeralda, Família Diamante e assim sucessivamente.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado por qualquer complicação ou danos materiais e/ou imateriais que tenha sofrido, decorrentes da pesquisa.

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado para posterior consulta.

Eu,
 tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

<p>Endereço da equipe da pesquisa:</p> <p>Instituição: Universidade Federal de Alagoas</p> <p>Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões</p> <p>Complemento: Tabuleiro do Martins</p> <p>Cidade/CEP: Maceió -AL / 57072-970</p> <p>Telefone: (82) 3214-1171</p> <p>Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL</p>	<p>Contato de urgência:</p> <p>Instituição: Universidade Federal de Alagoas</p> <p>Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões</p> <p>Complemento: Tabuleiro do Martins</p> <p>Cidade/CEP: Maceió -AL / 57072-970</p> <p>Telefone: (82) 3214-1171</p> <p>Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL</p>
---	--

ATENÇÃO: O Comitê de Ética do HUPAA analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
 Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Prédio do Centro de Estudos
 Av. Lourival Melo Mota s/n, Tabuleiro dos Martins, Maceió/AL/Brasil CEP: 57072-970
 Telefone: (82) 3202-5812

Maceió, de de .

Participante voluntária*	Ingrid Martins Leite Lucio* Coordenadora da Pesquisa	Lindynês Amorim de Almeida* Pesquisadora

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Formulário de identificação/Roteiro da Entrevista

Os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa, **Prematuridade na primeira etapa do método canguru à luz da teoria das transições de Afaf Meleis**, sendo garantido o anonimato e sigilo de todas as informações fornecidas.

FORMULÁRIO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	
N° da entrevista: Data: / /	Hora de início: Hora de término:
HISTÓRICO DA FAMÍLIA	
Nome: _____	
Qual sua idade? _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	
Como é a casa onde vocês moram? _____	
Possui relacionamento afetivo com o pai/mãe do bebê? () SIM () NÃO	
Quem é o informante: () Mãe () Pai	
Composição: _____	
Tipo de união: _____	
Você se considera: () Branca () Parda () Negra () Indígena () Amarela	
Possui alguma religião? Qual? () SIM () NÃO	
Você trabalha? Com o que? () SIM () NÃO	
Você recebe algum auxílio do governo? () SIM () NÃO	
A gestação foi planejada? () SIM () NÃO	
Observações:	

Peso ao nascer: _____ Peso atual: _____

Alterações/malformações/doenças: () SIM () NÃO

Qual? _____

Foi diagnosticada durante o pré-natal? () SIM () NÃO

Número de encontros que teve com o filho: _____

Observações:

PERGUNTAS NORTEADORAS DA PESQUISA

Pergunta 1: Quais foram suas expectativas ao saber que seu filho seria prematuro?

Pergunta 2: Como foi a primeira visita na UTIN e as visitas subsequentes?

Pergunta 3: Fale sobre como foi se descobrir mãe de uma criança prematura?

Pergunta 4: Como ficou a sua vida no trabalho, em casa, com os amigos?

Pergunta 5: Você conhece/ já ouviu falar sobre o método canguru?

Pergunta 6: Para você, o nascimento prematuro influencia em como você se enxerga como mãe/pai?

Pergunta 7: Como é a sua interação com a equipe de enfermagem?

Anotações:

**APÊNDICE C – OBSERVAÇÃO NÃO ESTRUTURADA DAS FAMÍLIAS DURANTE
AS VISITAS A UTIN**

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NAS VISITAS E/OU ENCONTROS	
1.	Observar como a família é abordada pelos profissionais da saúde da UTIN e se houve algum desentendimento entre eles
2.	Como é a interação entre a família e o RN? <ul style="list-style-type: none">a. Tem o toque entre família e RNb. Os pais conversam com o bebêc. Existe a aplicação do método canguru
3.	Quais os sentimentos que a família vivencia dentro da UTIN?
4.	Como ocorre a interação entre a família e os profissionais da enfermagem?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREMATURIDADE NA PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

Pesquisador: LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70979223.7.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.390.020

Apresentação do Projeto:

O objeto de investigação desta dissertação é a vivência da transição pela família frente a prematuridade do filho/a na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) enquanto primeira etapa do método canguru. Apoia-se na teoria das transições de Afaf Meleis, para subsidiar a investigação e o cuidado de enfermagem nesta etapa da vida, onde a família, diante da prematuridade do/a filho/a, vivencia múltiplas, complexas e significativas mudanças. Estudos com este enfoque na primeira etapa do método canguru são escassos, somando a elevada taxa de prematuridade no Brasil. Parte-se das questões de pesquisa: como a família vivencia a transição diante da separação precoce e prolongada do Recém Nascido (RN)? Como o método canguru na primeira etapa contribui para essa transição? Busca-se analisar a transição da família diante da prematuridade durante a primeira fase do método canguru na perspectiva da teoria das transições. Pesquisa qualitativa, descritiva que utiliza a teoria das transições de Afaf Meleis como referencial teórico. O cenário será a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, localizado no município de Maceió, em Alagoas. Como participantes, famílias com RNPT em internação da UTIN, que serão convidadas após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil e obtenção do TCLE. A previsão da coleta de dados é no período de novembro de 2023 a março de 2024, no setor do estudo. Os encontros serão agendados de acordo com a disponibilidade da família. A entrevista semi-estruturada, norteadas por questões que se reportam às etapas descritas por Afaf Meleis e o

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

Método Canguru. As informações serão transcritas e analisadas tendo como base na análise de conteúdo e etapas do referencial teórico. Aponta-se como benefícios: possibilitar a operacionalização de intervenções positivas e efetivas; promoção do cuidado dentro do cenário materno-infantil, especialmente ao prematuro, refletindo assim na qualidade da

assistência, bem como haverá divulgação científica dos resultados encontrados. Logo, com o envolvimento de conhecimento teórico e prático, as ações dos enfermeiros terão um enfoque renovado do cuidado, reafirmação de teorias já aplicadas e o estímulo para a criação de novas. É essencial para a evolução e o desenvolvimento do conhecimento teórico-científico, reflexões filosóficas e teórico metodológicas para inovar a área da enfermagem e da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a transição da família diante da prematuridade durante a primeira fase do método canguru na perspectiva da teoria das transições.

Objetivo Secundário:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Referente aos riscos, a família poderá sentir-se desconfortável com relação a confidencialidade e privacidade de suas informações pessoais, podendo levá-las ao constrangimento. Diante disso, para minimizar essa preocupação, a pesquisadora utilizará durante toda a entrevista o acolhimento de forma prévia e a escuta atenciosa, na tentativa de trazer o máximo de conforto para o momento. Outro risco possível está relacionado a quebra do sigilo das informações coletadas, mas será assegurada aos participantes a garantia do anonimato e do sigilo nesta pesquisa, pois as mesmas serão identificadas com o termo "família" seguido de número em ordem crescente, de acordo com a sucessão das entrevistas, exemplo: família 1, família 2, ou outro codinome. Além disso, essas informações não permitirão identificar os participantes, com exceção da equipe pesquisadora. Ressaltamos também, que a família poderá decidir encerrar a entrevista quando desejar, caso o momento esteja sendo desconfortável, respeitando assim o princípio da autonomia.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

Benefícios:

Os benefícios, dizem respeito aos resultados encontrados nesta pesquisa, pois os mesmos poderão possibilitar a operacionalização de intervenções positivas e efetivas acerca da problemática exposta, da importância do cuidado dentro do cenário materno-infantil, especialmente ao prematuro, refletindo assim na qualidade da assistência, bem como haverá divulgação científica dos resultados encontrados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A prematuridade é definida como todo nascimento que acontece antes da 37ª semana de gestação, podendo ser classificada quanto a Idade Gestacional (IG): prematuridade extrema (< 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia (de 32 a < 37 semanas). Apresenta relação direta com a morbimortalidade infantil. Assim, estudar esta temática é muito importante para a sociedade e as famílias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexado:

Carta resposta.

APENDICE_B_Instrumento_de_producao_de_informacoes.

ANEXO_B_Declaracao_de_isencao_de_conflito_de_interesse.

Projeto_de_pesquisa_metodo_canguru.

TCLE_Lindynes

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS ATENDIDAS.

APROVADO.

CARTA RESPOSTA

Carta Resposta

1. Identificação do Protocolo de Pesquisa – Plataforma Brasil

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

Número do Parecer Consubstanciado: 6.217.633

Data de emissão do Parecer

Consubstanciado:

03/08/2023

CAAE: 70979223.7.0000.5013

Título do projeto: PREMATURIDADE NA PRIMEIRA ETAPA DO
MÉTODO CANGURU À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Pesquisador responsável: Lindynês Amorim de Almeida

2. Respostas/Justificativas às pendências do parecer substanciado

Pendência 1 Resposta/justificativa da pendência

O TCLE não pode ter as assinaturas. Foi retirada as assinaturas do TCLE.

Há algum documento anexo para a pendência (marque um 'X')?

(X) Sim Se sim, indique o nome do arquivo: APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido (TCLE) para Familiares (Pai/Mãe) () Não

Pendência 2 Resposta/justificativa da pendência

Inserir páginas no TCLE, ex. 1/2, 2/2 Foi acrescentado a paginação no documento referente ao TCLE.

Há algum documento anexo para a pendência (marque um 'X')?

(X) Sim Se sim, indique o nome do arquivo: APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido (TCLE) para Familiares (Pai/Mãe) () Não

Pendência 3 Resposta/justificativa da pendência No item 13 do TCLE está escrito " O estudo
não acarretará nenhuma despesa para você". Foi alterado de acordo com a sugestão colocada no parecer,
em que o participante deve ser resguardado. Portanto, foi inserido também: nem haverá remuneração pela
sua participação nesta pesquisa, mas caso tenha gastos decorrentes da pesquisa, eles serão ressarcidos
pelos pesquisadores.

Há algum documento anexo para a pendência (marque um 'X')? Página 1 de 2

(X) Sim Se sim, indique o nome do arquivo: APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido (TCLE) para Familiares (Pai/Mãe) () Não

Pendência 4 Resposta/justificativa da pendência Inserir o trecho: Em caso de danos
decorrentes da sua participação na pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita
fornecida pelo pesquisador.

Foi inserido no tópico 15 do TCLE.

Há algum documento anexo para a pendência (marque um 'X')?

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

(X) Sim Se sim, indique o nome do arquivo: APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Familiares (Pai/Mãe)

() Não

Pendência 5 Resposta/justificativa da pendência

No item 7, que descreve "7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: a participante poderá sentir-se desconfortável com a relação a confidencialidade e privacidade de suas informações pessoais, podendo levá-la ao constrangimento. Para minimizá-lo, a pesquisadora utilizará durante toda a entrevista o acolhimento de forma prévia, além de escuta atenciosa, na tentativa de trazer o máximo de conforto para o momento", é necessário acrescentar que a entrevista ocorrerá em uma sala reservada.

Foi acrescentado que a entrevista ocorrerá em uma sala reservada no tópico 7, com também no tópico 5.7 da metodologia.

Há algum documento anexo para a pendência (marque um 'X')?

(X) Sim Se sim, indique o nome do arquivo: APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Familiares (Pai/Mãe)

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

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

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial; Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012). LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2142404.pdf	16/08/2023 22:30:55		Aceito
Outros	APENDICE_B_Instrumento_de_producao_de_informacoes.pdf	16/08/2023 22:26:04	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ANEXO_B_Declaracao_de_isencao_de_conflito_de_interesse.pdf	16/08/2023 22:15:47	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Outros	carta_resposta_Lindynes.pdf	16/08/2023 22:10:07	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_metodo_canguru.pdf	16/08/2023 22:08:29	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lindynes.pdf	16/08/2023 22:05:13	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Outros	APENDICE_C_OBSERVACAO_NAO_E_STRUTURADA_DAS_FAMILIAS_DURANTE_AS_VISITAS_A_UTIN.pdf	28/06/2023 17:16:11	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ANEXO_D_assinado.pdf	28/06/2023 17:12:32	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ANEXO_C_assinado.pdf	28/06/2023 17:11:25	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_A_assinado.pdf	28/06/2023 14:21:18	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	28/06/2023 14:19:38	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.390.020

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/06/2023 14:14:53	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/05/2023 20:57:57	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_LINDYNESassinado.pdf	22/05/2023 20:31:20	LINDYNES AMORIM DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 05 de Outubro de 2023

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO E USO DE IMAGEM**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E USO DE IMAGEM**

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da cédula de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à _____, **AUTORIZO** o uso de minha imagem para fins de divulgação em qualquer material de Comunicação sobre o Hospital Universitário Alberto Antunes, com sede na Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins, Maceió – AL. O material poderá ser divulgado em qualquer dos seus meios, incluindo as redes sociais (YouTube, Facebook, Instagram, Twitter, Flickr, entre outros), ciente também que minha imagem poderá também ser usada Sede Ebserh, quanto pelos outros hospitais da rede, em qualquer tempo ou ocasião, em todo território nacional e no exterior sem nenhum tipo de ônus para a Ebserh, Hupaa, filiais ou parceiros, já que a presente autorização é concedida a título de gratuidade. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado como direitos conexos à minha imagem ou qualquer outro, e assino a presente autorização

_____/_____, dia..... de de

_____ (assinatura)