

Introdução

A introdução do cuidado em unidades neonatais marca uma mudança significativa na prática de enfermagem, enfatizando o fornecimento de estímulos adequados para o desenvolvimento de bebês prematuros⁽¹⁾. Embora os profissionais de enfermagem possam fornecer estímulos, o ideal é que os bebês prematuros os recebam diretamente de suas mães. Além de promover o crescimento e o desenvolvimento ideais, a estimulação materna fortalece o vínculo entre a mãe e o bebê prematuro. Infelizmente, os enfermeiros neonatais muitas vezes ignoram o trabalho com os pais e se concentram apenas nas necessidades médicas do bebê, de forma a limitar a participação dos pais, deixando de promover o vínculo entre as mães e os bebês prematuros⁽²⁾. No entanto, os enfermeiros neonatais têm uma oportunidade valiosa de facilitar o estabelecimento de laços⁽³⁾ entre as mães e seus bebês prematuros⁽⁴⁾. Pesquisas sugerem que o vínculo precoce entre a mãe e o bebê prematuro tem efeitos positivos enquanto o bebê ainda está na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁽⁵⁾.

Os enfermeiros neonatais precisam ter uma compreensão diferenciada das diversas estratégias para promover o vínculo entre as mães e seus bebês prematuros. Esse entendimento é essencial para a implementação da abordagem de Cuidados Centrados na Família (CCF) para os cuidados neonatais. Os enfermeiros têm um papel fundamental a desempenhar na promoção dessa interação, pois o nascimento prematuro pode desafiar a percepção da mulher sobre a maternidade e fazer com que ela se sinta inadequada para cuidar ou proteger o bebê. Tais sentimentos podem impedir o desenvolvimento de um vínculo forte entre as mães e os bebês prematuros⁽⁶⁾. Além disso, as iniciativas para envolver os pais na UTIN devem ser culturalmente sensíveis para reduzir as complicações do vínculo. As necessidades de cada mãe variam de acordo com suas circunstâncias individuais⁽⁷⁾. Aquelas cujos bebês precisam de cuidados na UTIN geralmente demandam apoio emocional dos profissionais de saúde, além de informações claras e abrangentes sobre os cuidados médicos de seus bebês, oportunidades de participar da tomada de decisões e envolvimento nas atividades de cuidados com o bebê⁽⁸⁾.

As pesquisas sobre o papel dos enfermeiros no ambiente da UTIN ainda são limitadas, incluindo pesquisas sobre a facilitação do vínculo precoce entre mães e bebês prematuros. Estudos de avaliação de necessidades de UTINs⁽⁹⁾ identificaram que os enfermeiros neonatais exercem um papel relevante tanto no atendimento às necessidades dos pais, quando seus bebês estão

em tratamento intensivo, quanto em relação à saúde dos bebês prematuros. A unidade de terapia intensiva neonatal é um ambiente terapêutico projetado para cuidar de recém-nascidos de alto risco. A condição instável do bebê, os procedimentos arriscados e o assédio verbal dos pais são preocupações enfrentadas pelos enfermeiros da UTIN⁽¹⁰⁾. Este estudo, portanto, tem como objetivo explorar as experiências dos enfermeiros na facilitação do vínculo entre as mães e seus bebês prematuros na UTIN.

Método

Delineamento do estudo

Este é um estudo descritivo qualitativo com uma abordagem interpretativa⁽¹¹⁾. Essa abordagem interpretativa pode explorar e descrever problemas de pesquisa e resumir um fenômeno de forma abrangente⁽¹²⁾. Além disso, a equipe de pesquisa tem um interesse comum na saúde e no bem-estar de bebês prematuros e é composta por três mulheres especialistas em Enfermagem Pediátrica e um homem especialista em Enfermagem da Família. A equipe de pesquisa não garante um relacionamento especial com nenhum dos participantes deste estudo.

Local e participantes

Foi utilizada a técnica de discussão de grupo focal (GF), seguida de entrevistas aprofundadas para corroborar os resultados. Os dados foram coletados por meio do aplicativo *Zoom*, usando a técnica de GF e sessões de entrevistas presenciais. As atividades de GF foram conduzidas com o pesquisador principal e a enfermeira da família. Além disso, a reunião do GF ocorreu duas vezes.

A primeira reunião foi realizada à tarde porque a sua natureza *online* permitiu a participação dos diferentes profissionais que trabalhavam em diferentes turnos (manhã, tarde e noite). Em comum acordo, a segunda reunião também foi realizada à tarde, pois a maioria dos enfermeiros líderes de equipe trabalha no turno da manhã. Todos os enfermeiros participaram da primeira reunião do GF no mesmo dia e horário, usando o aplicativo *Zoom*, apenas dois enfermeiros não participaram da segunda reunião. Embora tenha havido problemas de rede durante as atividades do GF, os participantes responderam a todas as perguntas.

As entrevistas em profundidade foram conduzidas apenas pelo pesquisador principal. As entrevistas foram realizadas face a face na sala de treinamento da unidade neonatal, imediatamente após o turno da manhã. A codificação foi feita pelo pesquisador principal

e os resultados da codificação foram analisados por especialistas em enfermagem pediátrica. A população deste estudo foi composta por enfermeiros que trabalharam na UTIN de setembro a dezembro de 2022.

Os participantes foram selecionados propositalmente usando amostragem estratégica de casos críticos⁽¹³⁾ para maximizar as informações necessárias. Os pesquisadores explicaram os motivos da pesquisa e organizaram as rotinas dos participantes por 2 a 3 horas/dia durante três meses para criar familiaridade com quatro hospitais de referência em uma grande cidade de um país em desenvolvimento. Os hospitais foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: (1) hospitais públicos com uma unidade neonatal, (2) hospital acreditado nacionalmente e (3) a unidade neonatal estava implementando o CCF. Além disso, os participantes tinham de atender aos critérios de inclusão, que eram: ter trabalhado na UTIN por pelo menos cinco anos, ser líder de equipe e poder se comunicar *online*. Há apenas dois ou três líderes de equipe em cada UTIN do hospital. Não houve desistências, já que todos os participantes foram cooperativos durante o processo de coleta de dados.

Coleta de dados

O instrumento utilizado neste estudo foi um guia geral de perguntas relacionadas às experiências dos enfermeiros na facilitação do vínculo entre as mães e seus bebês prematuros. As perguntas foram, então, desenvolvidas de acordo com as respostas dos participantes durante o GF e as entrevistas em profundidade. Várias ferramentas de apoio foram mobilizadas durante a coleta de dados, incluindo papéis de carta e folhas de anotações de campo para registrar detalhes importantes, como expressões faciais dos participantes e atitudes em relação aos pesquisadores durante a coleta de dados. No estudo, um gravador de voz foi usado durante as entrevistas em profundidade com as três participantes. O emprego do gravador não foi necessário durante as atividades de GF, pois estas foram gravadas usando o aplicativo de reunião *Zoom*. Os pesquisadores testaram as ferramentas de coleta de dados antes de iniciarem o processo, por meio de Grupos Focais (GFs) com quatro enfermeiros gerentes das salas da UTIN em cada hospital onde o estudo foi realizado, além da realização de entrevistas aprofundadas com dois enfermeiros. Os resultados dos GFs e das entrevistas foram avaliados por especialistas em enfermagem pediátrica para obter um *feedback*.

A primeira etapa do processo de coleta de dados foi identificar os possíveis participantes com base nos critérios de inclusão definidos pelo pesquisador principal. O gerente da UTIN colaborou com o pesquisador principal

informando quais enfermeiros atendiam aos critérios e eram participantes em potencial. O pesquisador principal realizou uma sessão de orientação com os possíveis participantes para criar confiança entre eles⁽¹⁴⁾. Todos os possíveis participantes se mostraram dispostos a assinar o termo de consentimento depois que o pesquisador principal explicou as metas, os objetivos e os procedimentos a serem seguidos durante a pesquisa. A coleta de dados usando a técnica GF foi realizada *online* em uma sala *Zoom* para facilitar as reuniões com todos os participantes. O método *Zoom* foi usado para gerenciar com eficiência as diferenças de turno entre os participantes.

As entrevistas em profundidade foram realizadas pessoalmente em uma sala calma e silenciosa, usando a entrevista tipo semiestruturada enquanto se observava as atitudes e expressões faciais dos participantes. As sessões de GF foram realizadas duas vezes, com cada sessão durando de 73 a 82 minutos, já as entrevistas em profundidade duraram de 30 a 40 minutos. A coleta de dados começou em 4 de setembro de 2022 e foi concluída em 5 de dezembro de 2022. A primeira análise foi realizada para o primeiro GF, que contou com a presença de 13 participantes representando quatro hospitais de referência em uma grande cidade, garantindo a integridade das transcrições e a impressão do pesquisador sobre a qualidade dos dados. O anonimato foi implementado durante o processo de análise pelos pesquisadores.

O segundo GF foi realizado para validar os resultados do primeiro GF e para garantir que todos os participantes tivessem respondido. O segundo GF também proporcionou uma oportunidade de fazer perguntas que não haviam sido incluídas durante o primeiro GF. A análise dos dados foi, então, realizada com base nos resultados das entrevistas aprofundadas realizadas com os participantes do GF que trabalhavam na UTIN há mais tempo. O processo de entrevista foi registrado com um gravador de voz.

O pesquisador principal garantiu a integridade das transcrições, da documentação, das anotações diárias e da qualidade dos dados. Um membro da equipe de pesquisa realizou a transcrição e o registro de todos os dados demográficos da pesquisa. Todos os dados foram armazenados no *Google Drive* e só puderam ser acessados pela equipe de pesquisa para garantir a segurança dos mesmos. As citações foram identificadas por meio da análise dos resultados das entrevistas em profundidade com os especialistas da equipe de pesquisa.

No processo de codificação, quando o pesquisador não encontrou nenhuma nova codificação na segunda entrevista, passou para a terceira para confirmação. Assim, o número total de participantes nas entrevistas em profundidade foi 3, dentre os 13 participantes envolvidos nas atividades de GF. O método de auditoria

de investigação foi usado pela equipe de pesquisa durante todo o processo de pesquisa, inclusive durante a revisão dos resultados. Além disso, os pesquisadores compararam as observações, os resultados dos GFs e os das entrevistas em profundidade.

Análise dos dados

O *Microsoft Word* foi usado para transcrever os resultados dos GFs e das entrevistas, e os resultados foram analisados por meio da análise qualitativa de conteúdo⁽¹⁵⁾. Dessa forma, o processo de análise de dados começou com a inserção dos resultados da transcrição, das notas de campo e das fotografias, que mostravam as enfermeiras educando as mães dos bebês, no aplicativo de *software* ATLAS.ti, versão 8.4.16, para, então, ajudar os pesquisadores a interpretar e desenvolver conceitos ou hipóteses.

A análise continuou com as observações das fotos para encontrar um olhar empático no rosto das enfermeiras e com as leituras da transcrição inteira, realizadas de quatro a seis vezes para encontrar declarações significativas que pudessem descrever o conteúdo da pesquisa.

O pesquisador principal e os codificadores especialistas em enfermagem da família marcaram cada declaração significativa e identificaram os códigos até que nenhum novo código fosse encontrado. Em seguida, o pesquisador principal agrupou os códigos em categorias, identificou as relações entre eles e os temas e desenvolveu conceitos ou hipóteses, orientados por dois pesquisadores

especialistas em enfermagem pediátrica. A etapa final do processo de análise de dados foi a verificação das informações dos participantes por meio de outra reunião do *Zoom*. Além disso, a equipe de pesquisa escreveu o estudo usando a lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para descrever os procedimentos usados⁽¹⁶⁾.

Considerações éticas

A aprovação ética foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde de cada hospital (A, B, C, D) com os números 1075/EC/KEPK-RSDK/2022, B/3233/070/10/2022, 420/10497 e 175 EC/KEPK/2021. Todos os participantes colaboraram com este estudo sem pressão ou coerção. O termo de consentimento livre e esclarecido explicou os objetivos, benefícios e riscos do estudo. O pesquisador manteve a confidencialidade usando apenas as iniciais "P" seguido da numeração para os participantes durante todo o processo de análise de dados, inclusive nas transcrições e nas anotações de campo. As iniciais de código foram P1 para o primeiro participante, P2 para o segundo participante, e assim sucessivamente.

Resultados

Um total de 13 enfermeiras neonatais atendeu aos critérios de inclusão e participou deste estudo. As características dos participantes estão apresentadas na Figura 1.

Participante	Hospital	Idade (anos)	Sexo	Religião	Etnia	Nível educacional	Tempo de serviço (anos)	Status	
								Tipo de emprego	Estado civil
P1	A	35	Feminino	Muçulmana	Javanês	Mestrado	6	Governamental	Casada
P2	A	35	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	4	Governamental	Casada
P3	B	34	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	10	Horista	Casada
P4	B	33	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	8	Horista	Casada
P5	C	40	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	17	Governamental	Casada
P6	C	42	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	10	Governamental	Casada
P7	A	34	Feminino	Muçulmana	Javanês	Técnico	5	Governamental	Casada
P8	C	38	Feminino	Muçulmana	Javanês	Técnico	11	Governamental	Casada
P9	C	41	Feminino	Muçulmana	Javanês	Técnico	17	Governamental	Casada
P10	B	31	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	9	Horista	Casada
P11	D	36	Feminino	Muçulmana	Javanês	Técnico	6	Horista	Casada
P12	D	36	Feminino	Muçulmana	Javanês	Graduação	11	Horista	Casada
P13	D	34	Feminino	Muçulmana	Javanês	Técnico	12	Horista	Casada

Figura 1 - Características dos participantes. Semarang, Indonésia, 2022

A Figura 1 mostra que todos os participantes eram do sexo feminino, casadas, muçulmanas e javanesas; 46,2% tinham concluído o bacharelado em enfermagem e eram funcionárias públicas (53,8%). A média de idade das participantes era de 36,08 anos e o tempo de trabalho na UTIN de 9,69 anos.

Os pesquisadores estabeleceram três temas e 10 subtemas e as respectivas unidade de significado (Figura 2), a partir dos resultados da pesquisa.

Conforme a Figura 2, a facilitação do vínculo mãe-bebê é descrita como as práticas de enfermagem

realizadas com a mãe, com os familiares e com as próprias enfermeiras. Na intervenção com foco na mãe, as participantes desempenharam um papel ativo no processo de facilitação. A interação foi melhorada usando uma intervenção que se concentrou em estabilizar a condição das mães antes de elas conhecerem seus bebês, incentivando-as a tocar fisicamente seus bebês, fornecendo educação repetida, acompanhando-as quando visitavam seus bebês na UTIN e fornecendo massagens de lactação. Tais intervenções são descritas nos relatos abaixo.

Tema	Subtemas	Unidades de significado
1. Prática de enfermagem na facilitação do vínculo mãe-bebê	1.1. Intervenção centrada na mãe 1.2. Intervenção centrada no familiar 1.3. Intervenção centrada na enfermeira	- Estabilizar a condição mental e física da mãe, incentivando a mãe a tocar nos seus bebês, repetir a educação, acompanhar as mães quando visitam os seus bebês na UTIN*, aplicando uma massagem de lactação - Envolver os familiares do núcleo familiar - Melhorar os sentimentos de dignidade, empatia e adotar uma abordagem proativa
2. Fatores de barreira na formação de vínculo mãe-bebê	2.1 A percepção negativa da mãe sobre si mesma 2.2. Apoio limitado dos familiares 2.3. Carga de trabalho da enfermeira para outras atividades além dos pacientes 2.4. O hospital não tem focado no vínculo mãe-bebê	- Estresse da mãe, ansiedade, falta de confiança, medo, falta de vontade de ver o bebê, baixa produção de leite materno - Falta de disponibilidade familiar para acompanhar a mãe - Os enfermeiros lidam com os problemas socioeconômicos dos pacientes - Políticas hospitalares relativas a horários de visita limitados e infraestrutura hospitalar limitada
3. Fatores de apoio na formação do vínculo mãe-bebê	3.1 Autoapoio da mãe 3.2 Apoio social da família 3.3 Apoio social das enfermeiras	- Automotivação - Envolvimento do companheiro para acompanhar a mãe - Enfermeiros competentes em termos de habilidade, afetividade e conhecimento

*UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Figura 2 - Temas, subtemas e unidades de significado. Semarang, Indonésia, 2022

As participantes expressaram que a estabilização da condição da mãe é o primeiro passo para prepará-la física e psicologicamente para interagir de forma ideal com o bebê. Abaixo estão alguns dos trechos que indicam tais aspectos:

Precisamos estabilizar a condição delas antes de ensiná-las a cuidar de seus bebês prematuros, para que elas possam se sentir mais próximas de seus bebês (P4).

As mães precisam estar fisicamente saudáveis primeiro, não podemos ajudá-las a criar laços se elas ainda estiverem fisicamente doentes. Portanto, temos de nos certificar de que elas estejam saudáveis antes de ensiná-las sobre nutrição, mobilização, para que possam interagir com o bebê (P8).

A preparação psicológica também é importante, pois, como dissemos antes, algumas mães ainda sentem medo e ansiedade,

a ponto de terem medo de tocar o bebê, por isso temos de educá-las no início (P2).

As participantes também incentivaram as mães que pareciam relutantes em tocar seus bebês, conforme pode ser observado, a seguir:

Facilitamos para que as mães toquem seus bebês quando elas vêm nos visitar, mesmo que não possam amamentá-los diretamente (P4).

Precisamos aumentar a confiança delas e assegurar-lhes que não há problema em tocar o bebê e que o toque da mãe é muito importante para o bebê (P3).

Outras participantes mencionaram que outra intervenção comum era o treinamento repetido, a exemplo dos seguintes trechos:

Precisamos ser mais ativas ou mais frequentes na educação das mães (P11).

Precisamos dar educação repetidamente, precisamos criar confiança para que elas permaneçam confiantes e não tenham medo quando pelo menos segurarem o bebê (P6).

A próxima intervenção das participantes foi acompanhar a mãe quando ela visitou o bebê na UTIN, de acordo com o relatado:

Temos de acompanhar a mãe durante cada visita, temos de aumentar sua confiança e convencê-la de que não há problema em segurar o bebê e que o toque da mãe é muito importante para o bebê... (P5).

Observamos e acompanhamos por um tempo até que a mãe e o bebê se sintam confortáveis (P2).

Outra intervenção mencionada pelas participantes foi a massagem para amamentação, quando necessária. Abaixo estão alguns dos relatos:

Houve casos em que as mães receberam massagem de lactação e medicação adicional, mas não conseguiram produzir leite materno (P1).

Para a dor causada pelo ingurgitamento, geralmente fornecemos cuidados com a mama fazendo uma massagem de lactação para ajudar a mãe a produzir leite e aliviar o ingurgitamento (P11).

O cuidado centrado na mãe (subtema 1) ilustra que a facilitação do vínculo mãe-bebê exige a disposição da mãe em aceitar o nascimento pré-termo. Em se tratando de cuidados com a família, as intervenções que se concentraram nos membros da família envolveram outros membros da família nos cuidados com o bebê prematuro, conforme reportado:

Como o cuidado com o bebê segue o princípio do cuidado centrado na família, outros membros da família também precisam ser treinados (P7).

Se a mãe estiver cansada ou não estiver bem descansada, outro membro da família pode assumir o controle e ajudar. Portanto, não treinamos apenas o pai ou a mãe, mas também outros membros da família que moram na mesma casa que o paciente (P13).

Envolver membros da família, especialmente os que moram na mesma casa, é uma alternativa para algumas participantes.

A terceira intervenção se concentra no cuidador e na melhoria de sua autoestima, segundo o que foi comentado pelas seguintes participantes:

A confiança do paciente em mim às vezes faz com que eu me sinta valorizada (P5).

Isso nos motiva a acompanhá-los e apoiá-los, tanto com palavras quanto com orações (P13).

O sentimento valioso descrito motivou as os enfermeiras a educar e a incentivar as mães a ficarem perto de seus bebês. Tal sentimento também evocou a empatia, expressa pelos participantes:

Quando os educamos, tentamos nos colocar na posição das mães (P1).

Eu me colocaria no lugar das mães (P7).

Além disso, as enfermeiras também tentaram se aproximar das mães e ser proativas, conforme reportado:

O que fizemos até agora foram abordagens para convencer a mãe de que nada de ruim acontecerá, desde que seja feito corretamente (P5).

Temos de abordá-las para que elas permaneçam confiantes e não sintam medo, pelo menos quando seguram o bebê (P9).

No segundo tema, surgiram quatro subtemas que frequentemente evocaram palavras/termos relacionados ao ambiente hospitalar no cuidado de bebês prematuros, quais sejam: percepções negativas das mães sobre si mesmas; apoio limitado dos membros da família; carga de trabalho dos enfermeiros para outras atividades além dos cuidados aos pacientes e hospitais que não se concentraram em facilitar o vínculo mãe-bebê.

As mães com percepções negativas dificultaram o desenvolvimento de práticas por parte das enfermeiras para a facilitação do vínculo. De acordo com as participantes, as barreiras enfrentadas pelas mães – como estresse, ansiedade, medo, falta de confiança, não querer ver/tocar seus bebês, falta de conhecimento sobre como cuidar de bebês prematuros e não produzir leite materno – também são barreiras para as enfermeiras neonatais facilitarem o vínculo mãe-bebê:

A mãe está estressada ou ansiosa porque ainda não aceitou o fato de o bebê ser pequeno (P1).

A maioria das mães tem medo de se sentir cansada, ansiosa e insegura. Mesmo que seja apenas para tocar o bebê ou alimentá-lo (P2).

Mesmo para tocar o bebê, ainda precisamos aumentar a confiança das mães para fazer isso (P11).

Outro aspecto das percepções negativas das mães expressas pelas participantes foi o medo que elas sentem ao interagir com o bebê prematuro, como se pode ver a seguir:

O problema seria com a mãe, especialmente se for o primeiro filho, ela geralmente tem medo de segurar o bebê (P7).

Normalmente, as mães de bebês prematuros se sentem assustadas e tristes porque não era hora de ter o bebê e elas veem que o bebê é muito pequeno (P8).

As participantes também revelaram que algumas mães não queriam ver seus bebês, especialmente no caso de mães primíparas. Os comentários das participantes foram os seguintes:

Às vezes, elas não querem ficar perto do bebê ou têm muito medo de visitá-lo, principalmente se o bebê estiver preso a muitos equipamentos (P3).

Às vezes, elas não querem nem olhar para o bebê (P5).

A falta de compreensão da mãe sobre saúde também foi mencionada como algo que poderia se tornar um obstáculo para as enfermeiras na facilitação do vínculo mãe-bebê, já que isso tinha um impacto sobre a presença mínima da mãe na sala de cuidados com o bebê, conforme reportado:

Às vezes, o problema é que a mãe tem pouco conhecimento sobre saúde e tem pais que também não têm esse conhecimento (P12).

Elas podem ter uma forte sensação de ansiedade, medo ou falta de experiência, o que é comum para a maioria das novas mães (P9).

Além disso, outro aspecto das percepções negativas das mães foi o medo de não produzir leite suficiente, o que reduz sua confiança em aprender a amamentar de forma ideal. Em última análise, esse problema afetaria o vínculo entre a mãe e o bebê. A seguir, é possível observar exemplos do que as participantes reportaram:

O leite materno que deveria ser produzido, mas não é, automaticamente fará com que a mãe regrida e não volte ao hospital (P6).

Às vezes, o problema com a amamentação é que as mães pensam demais sobre isso, o que dificulta a produção de leite materno (P7).

O próximo fator que dificultou o vínculo entre mãe e filho foi a disponibilidade limitada de membros da família para ajudar as mães, conforme reportado:

Há outro bebê em casa que precisa de cuidados, por isso não podemos ir ao hospital (P13).

O problema que muitas vezes enfrentamos com bebês de baixo peso ao nascer é que, como suas casas ficam longe do hospital, as mães precisam de ajuda com o transporte, elas não

podem ir ao hospital sozinhas, então dependem dos maridos para levá-las, e os maridos nem sempre estão disponíveis (P8).

O sentimento de estresse ou ansiedade sentido pela mãe bem como a necessidade de oferecer o melhor cuidado e serviço para seu bebê foi um desafio para as enfermeiras neonatais ao cuidar das pacientes. A situação é ainda mais desafiadora quando as enfermeiras também têm de lidar com os problemas socioeconômicos das pacientes e outras responsabilidades, conforme reportado:

Por exemplo, não podemos monitorá-las por duas horas inteiras porque temos outro trabalho a fazer (P3).

Às vezes, temos de resolver problemas que não estão relacionados à condição da paciente, como problemas familiares. Isso acontece muito (P10).

Do ponto de vista das enfermeiras, cuidamos de bebês de apenas 900g por um longo período, 100 dias de cuidados custariam 100 milhões de rupias em 2009/2010. Naquela época, havia uma mãe que teve um bebê fora do casamento e sem a bênção dos pais, e esse caso exigiu muita ajuda de nós, enfermeiras, em termos de cuidados e ajuda psicológica (P5).

Além disso, o envolvimento prolongado, em que os pesquisadores observam as rotinas diárias dos enfermeiros revela, muitas vezes, problemas de comunicação entre os enfermeiros e os membros da família, levando a protestos sobre o tratamento fornecido. Além disso, o estabelecimento de um vínculo entre mãe e filho exige o envolvimento de várias partes, inclusive do hospital. Muitas participantes mencionaram que o horário limitado de visitas e a infraestrutura incompleta do hospital tiveram um impacto negativo sobre as mães que aguardavam a chegada de seus bebês no hospital:

A maioria das mães não quer esperar na sala de espera porque não há leito associado à UTIN, e elas geralmente se sentem desconfortáveis agachadas após o parto, por isso preferem descansar em casa... As salas de espera são importantes porque permitem que as mães acompanhem seus bebês (P4).

Limitamos o horário de visitas na UTIN. Na UTIN nível 1, elas podem visitar a cada 3 horas para amamentar o bebê, mas na UTIN ainda limitamos o horário de visita à manhã e à tarde (P13).

Os fatores de apoio para mães de bebês prematuros também foram fornecidos pelas participantes para ajudá-las a atingir suas metas de amamentação. Tais fatores consistiram em em internos e externos, sendo os internos o entusiasmo das mães em se envolver ativamente nos cuidados com o bebê, enquanto os externos, o envolvimento do marido no apoio às mães, bem como

o apoio das próprias participantes em relação à sua competência como enfermeiras, conforme reportado:

Se a mãe estiver bem motivada, ficamos feliz. Porque se a mãe estiver feliz, o bebê ficará feliz... (P11).

Graças a Deus, em um caso de bebê com baixo peso ao nascer, o pai pôde levar a esposa ao hospital para o Método Mãe Canguru (MMC). Eles geralmente levam suas esposas ao hospital antes do trabalho e as buscam depois do trabalho, essa foi a nossa experiência na unidade perinatal de alto risco. Assim, o bebê pode receber o leite materno, porque o MMC também permite que o bebê receba o leite materno e, como a mãe está motivada, isso também ajuda o bebê (P1).

Se a mãe produz pouco leite materno, nós a ensinamos a extrair mais (P12).

Se o bebê não precisa de oxigênio, se ele pode se alimentar por via oral e seu choro é forte, podemos ensiná-lo a beber e usar o método canguru (P7).

Precisamos ser capazes de motivá-las (P9).

Todas as participantes disseram que as mães precisam ter as habilidades necessárias para aplicar

um dos princípios do cuidado neonatal de alto risco, o CCF, para que possam se acostumar a cuidar de bebês prematuros em casa. O uso do CCF permite que as mães se envolvam ativamente no cuidado de seus bebês prematuros. De acordo com a declaração das enfermeiras, quando o pesquisador fez a verificação dos membros com todos os participantes, as enfermeiras disseram que precisavam de algumas habilidades relacionadas ao CCF, incluindo o gerenciamento da lactação, o Método Mãe Canguru (MMC) e as habilidades especiais para melhorar o vínculo entre a mãe e o bebê. Nem todas as enfermeiras dos quatro hospitais receberam treinamento em manejo da lactação, mas quase todas receberam treinamento em MMC, entretanto, continuava sendo difícil implementá-lo na ausência de membros da família.

O MMC geralmente era feito ao lado da incubadora dos bebês e as mães o faziam com mais frequência porque não havia horário de visita para os pais, apenas um hospital tinha horário de visita para os pais, e somente por 15 minutos por dia.

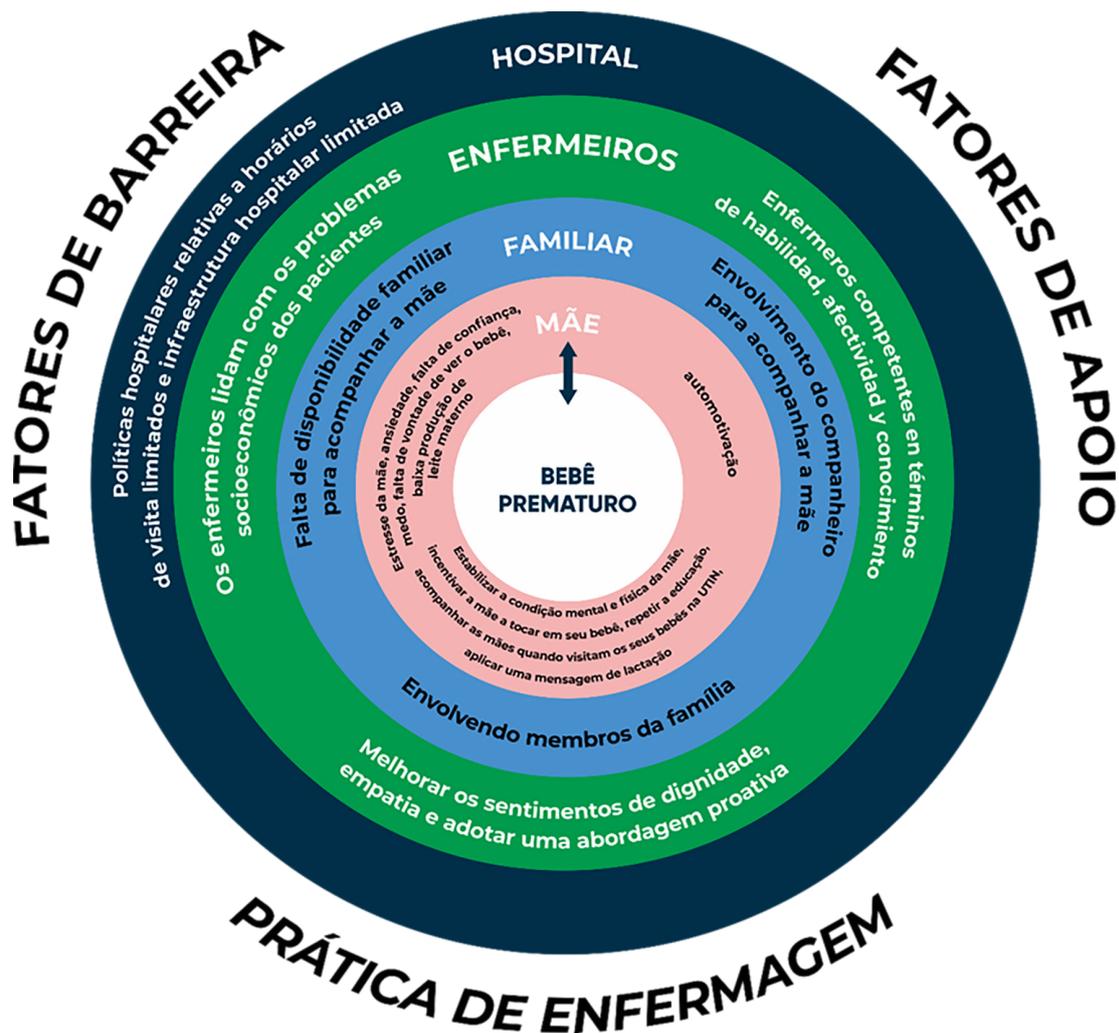


Figura 3 - Percepções das enfermeiras sobre a facilitação do vínculo entre mães e bebês prematuros na unidade neonatal

Os temas e subtemas estão integrados na Figura 3, a qual mostra os muitos fatores que influenciam o vínculo entre as mães e seus bebês. Na primeira faixa, tem-se os bebês prematuros, com a cor branca descrevendo a sacralidade. Na segunda faixa, mostra-se as mães, com a cor rosa descrevendo a compaixão entre mãe e bebê. Na terceira faixa encontram-se os membros da família, com a cor azul claro, descrevendo a força da mãe e dos bebês prematuros. Na quarta faixa, apresentam-se os enfermeiros, com a cor verde, que descreve o bem-estar, de modo a remeter os enfermeiros como sujeitos que contribuem para a melhora dos quadros dos bebês, das mães e, conseqüentemente, das famílias. Na última faixa, o hospital aparece com a cor azul escuro, a qual descreve a tristeza na percepção da mãe.

Discussão

O primeiro tema nos mostra em detalhes o que as enfermeiras fizeram para facilitar o vínculo na UTIN. No primeiro subtema, a enfermeira se concentra no cuidado com a mãe do bebê. Por meio do debate entre pares com o especialista em neonatologia e o especialista em saúde mental, interpretamos que a estabilização da mãe do bebê é uma ação crucial dos enfermeiros na primeira etapa da facilitação do vínculo.

O segundo subtema também mostrou que as intervenções de assistência à família com o objetivo de facilitar o vínculo mãe-bebê podem ser realizadas por meio de processos de tranquilização do bebê, o que inclui proporcionar conforto, toque e comunicação enquanto o bebê está na incubadora⁽¹⁷⁾. O envolvimento dos membros da família também melhora a comunicação entre a equipe de saúde e a família, para, assim, reduzir a ansiedade vivida pelos familiares enquanto esperam o bebê na UTIN⁽¹⁸⁾.

No terceiro subtema, as enfermeiras descreveram que estavam motivadas. Tal fator foi útil para enfrentar diferentes desafios, considerando que há pelo menos três perspectivas dos enfermeiros indonésios na preparação do planejamento da alta: barreiras internas, barreiras externas e diversidade no planejamento da alta⁽¹⁹⁾. As enfermeiras enfrentaram esses desafios com uma atitude empática e tentaram se colocar na posição das mães, principalmente na educação.

Neste estudo, os fatores de barreira foram preenchidos pela mãe, pelo membro da família, pela enfermeira e pelo hospital. Para verificar esse resultado, realizou-se uma auditoria de investigação entre a equipe de pesquisa. Com base em nossas crenças, a infraestrutura hospitalar foi o principal problema que precisou ser modificado pela política de saúde

do hospital para apoiar os enfermeiros na facilitação do vínculo^(2,20-21). Algumas participantes expressaram que não há leito para um membro da família enquanto espera pelo bebê. Além disso, não há horário de visita para os pais na UTIN e os problemas socioeconômicos frequentemente enfrentados estão relacionados à infraestrutura hospitalar, especialmente a distância do hospital em relação à casa da mãe. O uso de webcams poderia ser uma solução⁽²²⁾ mas ainda desconhecida nos países em desenvolvimento, sendo necessário verificar sua eficácia quando aplicado em países inseridos nesse mesmo contexto.

Os fatores de apoio incluídos neste estudo são: a mãe, a família e as enfermeiras e a competência da enfermeira pode ser um fator importante para influenciar a mãe e o membro da família. Os enfermeiros precisam ensinar a criar vínculos e a interagir com o bebê⁽¹⁰⁾, melhorar a sensibilidade dos pais⁽²³⁾, ajudar a mãe ou outro membro da família a ter contato pele a pele com o bebê⁽²⁴⁻²⁵⁾, proporcionar uma comunicação eficaz^(8,26), oferecer aconselhamento de apoio⁽²⁷⁾, melhorar os cuidados de enfermagem, por exemplo, por meio da musicoterapia⁽²⁸⁾, assim como garantir que as intervenções sejam aplicáveis de acordo com a cultura do hospital⁽²⁹⁾. Como as enfermeiras reportaram que há uma carga de trabalho, se a intervenção não for aplicável, isso sobrecarregará as próprias enfermeiras.

Os três temas que emergiram deste estudo poderiam responder ao objetivo geral desta pesquisa, que era obter uma compreensão profunda das experiências dos enfermeiros na facilitação do vínculo entre mães e bebês prematuros. A resposta positiva dos enfermeiros ao acompanharem mães com bebês prematuros pode ser um ponto forte para que eles ofereçam o melhor cuidado para as mães e seus bebês. Os enfermeiros precisam controlar suas emoções quando estão com as mães e suas famílias. A afinidade pode interferir no sucesso do processo de enfermagem. Além disso, o treinamento para enfermeiros é importante para reduzir o estresse no trabalho em UTINs de nível II e para aumentar o profissionalismo e a empatia no trabalho⁽³⁰⁾.

É importante que uma enfermeira neonatal desenvolva empatia, pois parte de sua função é fazer a ponte entre a mãe e o bebê. Portanto, as enfermeiras neonatais precisam entender os sentimentos e as emoções que podem ser vivenciados pelas mães de bebês prematuros⁽⁴⁾. Todas as participantes deste estudo concordaram que as intervenções de enfermagem não podem se concentrar apenas no bebê, muito menos no vínculo mãe-bebê. As intervenções de enfermagem precisam ser abrangentes e abordar todo o ambiente externo que cria o vínculo mãe-bebê, inclusive o

profissional de enfermagem, que desempenha um papel importante na facilitação da interação mãe-bebê.

Os esforços dos enfermeiros neonatais para enfrentar essas barreiras são importantes na UTIN⁽³¹⁾. Ouvir, confiar e compartilhar conhecimento são esforços a serem feitos durante a mentoria. Um relacionamento bem-sucedido entre enfermeiras neonatais e mães pode ser alcançado por meio do compartilhamento de conhecimento, desenvolvimento de competência e negociação. Além disso, o envolvimento do pai como um sistema de apoio para a mãe também é um fator importante que pode ajudar os enfermeiros a superar várias barreiras no apoio às mães de bebês prematuros. Estudos também mostram que os enfermeiros são muito positivos em relação ao envolvimento dos pais⁽³²⁾.

Os pais desempenham um papel importante durante toda a vida do bebê prematuro e têm um papel importante, direto e indireto, no apoio ao desenvolvimento do bebê na UTIN. Os pais podem melhorar diretamente o desenvolvimento e a saúde do bebê promovendo o método canguru, estimulação tátil, estimulação auditiva e estimulação olfativa⁽²⁵⁾. As formas indiretas de apoio aos bebês foram feitas pelos pais por meio da aliança de coparentalidade e do apoio financeiro à família. Em termos de formas indiretas, pode-se dizer que o pai influencia indiretamente o desenvolvimento da criança por meio do relacionamento do casal⁽³³⁾. Isso sugere que os pais precisam ser envolvidos em programas que apoiem as interações entre mãe e filho.

Este estudo sugere que um fator que apoia a ligação entre mãe e bebê é o ambiente imediato do bebê, que consiste na mãe, nos cuidadores e nos membros da família. "O empoderamento dos pais é o passo certo para que eles se sintam capazes de desenvolver suas funções como mães ou pais, sendo que um dos empoderamentos dos pais é o apoio emocional"⁽³⁴⁾. Os pais receberão esse apoio emocional de forma eficaz se uma enfermeira puder apoiar a mãe, desenvolvendo sua competência em habilidades de cuidado, fornecendo informações e empatia, que podem ser formadas a partir das práticas espirituais da enfermeira.

A espiritualidade é uma característica de domínio que permite que as pessoas encontrem propósito e significado na vida⁽³⁵⁾. Os pais geralmente encontram significado espiritual em suas próprias vidas ao se concentrarem na vida de seus filhos. Portanto, receber um bebê prematuro na UTIN pode ser uma experiência traumática para os pais. Os enfermeiros que conseguem reconhecer a existência desse significado espiritual podem sentir empatia e facilitar a interação dos pais com seus bebês, de forma que se destaquem em seu papel de pais porque a empatia é uma forma de compaixão, isto é, outra característica

relacionada associada à espiritualidade pessoal bem desenvolvida⁽³⁶⁾. Este estudo tem a limitação de não considerar um sistema de saúde em uma perspectiva geográfica e cultural específica. Neste estudo, nossas participantes eram do sexo feminino e muçulmanas. Não tivemos participantes do sexo masculino ou de outras origens religiosas. Portanto, os resultados deste estudo podem não refletir a prática de enfermagem na visão dos enfermeiros do sexo masculino e, especialmente, a intervenção focada na mãe pode não refletir as formas de intervenção em outras religiões.

Conclusão

Do ponto de vista das enfermeiras deste estudo, os esforços para facilitar o vínculo mãe-bebê podem ser bem implementados se os enfermeiros tiverem habilidades suficientes e contarem com o apoio de uma infraestrutura hospitalar adequada para deixar as mães confortáveis enquanto esperam seus bebês prematuros. Outro aspecto importante é o apoio de membros da família, dos maridos e de pessoas ao redor da mãe para motivá-la e aumentar sua confiança. Os resultados deste estudo podem formar a base para uma compilação de intervenções que podem ser implementadas em unidades neonatais, concentrando-se nos esforços de ligação entre as mães e seus bebês prematuros. Os resultados deste estudo também sugerem a necessidade de procedimentos operacionais padrão e organizados no hospital em relação aos programas de intervenção de enfermagem para facilitar o vínculo mãe-bebê, começando quando a mãe entra na unidade neonatal ou mesmo antes. De acordo com nosso estudo, é importante primeiro estabilizar a saúde mental da mãe para facilitar o vínculo. Portanto, os enfermeiros neonatais precisam entrar em contato com outros enfermeiros de outra unidade, como a ala de parto ou a policlínica obstétrica para garantir que a mãe esteja bem, especialmente se houver risco de parto prematuro.

Agradecimentos

Agradecemos a Henny Pratiwi Adi, diretora do LPPM Unissula, e sua equipe pela cooperação durante a fase de coleta de dados. Os autores também gostariam de agradecer ao Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) e ao Ministério da Educação, Cultura, Pesquisa e Tecnologia da Indonésia pelo apoio à publicação deste artigo. Por fim, agradecemos aos diretores dos hospitais por fornecerem acesso para a realização da pesquisa.

Referências

1. Syamsu AF. Developmental Care Model (NIDCM) on mother's stress response, premature infants, and length of hospitalization in Neonatal Care. Kota Makassar: University of Hasanuddin; 2021.
2. Zhao T, Starkweather AR, Matson A, Lainwala S, Xu W, Cong X. Nurses' experiences of caring for preterm infants in pain: A meta-ethnography. *Int J Nurs Sci.* 2022;9(4):533-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.003>
3. Davila RC, Segre LS. A Nurse-based model of psychosocial support for emotionally distressed mothers of infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(1):114-21. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.12.007>
4. You SY, Kim AR. South Korean nurses' lived experiences supporting maternal postpartum bonding in the Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020;15(1):1831221. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1831221>
5. Le Bas GA, Youssef GJ, Macdonald JA, Teague S, Mattick R, Honan I, et al. The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(6):820-9.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.024>
6. Ettenberger M, Bieleninik L, Epstein S, Elefant C. Defining attachment and bonding: overlaps, differences and implications for music therapy clinical practice and research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>
7. Mascheroni E, Ionio C. The efficacy of interventions aimed at improving post-partum bonding: A review of interventions addressing parent-infant bonding in healthy and at risk populations. *J Neonatal Nurs.* 2019;25(2):61-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.09.003>
8. Lorié ES, Wreesmann WJW, van Veenendaal NR, van Kempen AAMW, Labrie NHM. Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns.* 2021;104(7):1518-25. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.007>
9. Hendrawati S, Fatimah S, Fitri SYR, Mardiyah A, Nurhidayah I. Needs of Parents in Critically Ill Infants Care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Keperawatan.* 2018;9(1):43-57. <https://doi.org/10.22219/jk.v9i1.4651>
10. Doede M, Trinkoff AM. Emotional Work of Neonatal Nurses in a Single-Family Room NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2020;49(3):283-92. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.03.001>
11. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5. ed. Los Angeles, CA: SAGE Publications; 2018.
12. Majumdar A. Thematic analysis in qualitative research. In: *Information Resources Management Association, editor. Research Anthology on Innovative Research Methodologies and Utilization Across Multiple Disciplines.* Hershey, PA: IGI Global; 2021. p. 197-220.
13. Utarini A. *Tak kenal maka tak sayang: Penelitian kualitatif dalam pelayanan masyarakat.* 3. ed. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2021.
14. Creswell JW. *Pengantar penelitian mixed method.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2020.
15. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* 4. ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2020.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. Welch MG, Barone JL, Porges SW, Hane AA, Kwon KY, Ludwig RJ, et al. Family nurture intervention in the NICU increases autonomic regulation in mothers and children at 4-5 years of age: Follow-up results from a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2020;15(8):e0236930. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236930>
18. Loewenstein K, Barroso J, Phillips S. The experiences of parent dyads in the Neonatal Intensive Care Unit: A qualitative description. *J Pediatr Nurs.* 2021;60:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.023>
19. Hariati S, Febriani ADB, Sutomo R, Lusmilasari L, McKenna L. Exploring Indonesian nurses' perspectives on preparing parents of preterm infants for hospital discharge: A qualitative study. *J Neonatal Nurs.* 2022;28(1):59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.07.002>
20. Kim AR. Addressing the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit: A qualitative secondary analysis. *Asian Nurs Res.* 2020;14(5):327-37. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.09.004>
21. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Dios-Aguado M, Yáñez-Araque B, Gallego BM, Moncunill-Martínez E. Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: A systematic review. *Child (Basel).* 2021;8(1):35. <https://doi.org/10.3390/children8010035>
22. Kubicka Z, Zahr E, Clark P, Williams D, Berbert L, Arzuaga B. Use of an internet camera system in the neonatal intensive care unit: parental and nursing perspectives and its effects on stress. *J Perinatol.* 2021;41(8):2048-56. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00934-w>

23. Givrada S, Hartzella G, Scala M. Promoting infant mental health in the neonatal intensive care unit (NICU): A review of nurturing factors and interventions for NICU infant-parent relationships. *Early Hum Dev.* 2021;154:105281. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105281>
24. Deys L, Wilson V, Meedya S. What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery.* 2021;101:103063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063>
25. Mancini VO. The role of fathers in supporting the development of their NICU infant. *J Neonatal Nurs.* 2023;29(5):714-9. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.02.008>
26. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Gurrutxaga MIU. Developing a family-centered care model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A new vision to manage healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):7197. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>
27. Seiedi-Biarag L, Mirghafourvand M, Esmailpour K, Hasanpour S. A randomized controlled clinical trial of the effect of supportive counseling on mental health in Iranian mothers of premature infants. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):6. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03502-w>
28. Palazzi A, Meschini R, Medeiros MDM, Piccinini CA. NICU music therapy and mother-preterm infant synchrony : A longitudinal case study in the South of Brazil. *Nord J Music Ther.* 2020;29(4):334-52. <https://doi.org/10.1080/08098131.2020.1752777>
29. Khasanah NN, Rustina Y, Hariyati TS. The intervention models to alleviate stress among mothers of premature babies in the NICU: A systematic review. *Gynecol Obstet Perinatol.* 2021;20(5):63-75. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2021-5-63-75>
30. Bry A, Wigert H. Stress and social support among registered nurses in a level II NICU. *J Neonatal Nurs.* 2022;28(1):37-41. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.010>
31. Brødsgaard A, Pedersen JT, Larsen P, Weis J. Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2019;28(17-18):3117-39. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
32. Buek KW, Cortez D, Mandell DJ. NICU and postpartum nurse perspectives on involving fathers in newborn care: A qualitative study. *BMC Nurs.* 2021;20(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00553-y>
33. Cardenas SI, Morris AR, Marshall N, Aviv EC, Martínez García M, Sellery P, et al. Fathers matter from the start: The role of expectant fathers in child development. *Child Dev Perspect.* 2022;16(1):54-9. <https://doi.org/10.1111/cdep.12436>
34. van den Hoogen A, Eijsermans R, Ockhuijsen HDL, Jenken F, Maatman SMO, Jongmans MJ, et al. Parents' experiences of VOICE: A novel support programme in the NICU. *Nurs Crit Care.* 2021;26(3):201-8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12569>
35. Sadeghi N, Hasanpour M, Heidarzadeh M, Alamolhoda A, Waldman E. Spiritual needs of families with bereavement and loss of an infant in the Neonatal Intensive Care Unit: A qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52(1):35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.344>
36. Anderson MR. The spiritual heart. *Religions.* 2020;11(10):506. <https://doi.org/10.3390/rel11100506>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Nopi Nur Khasanah.

Obtenção de dados: Nopi Nur Khasanah, Iskim Luthfa.

Análise e interpretação dos dados: Nopi Nur Khasanah,

Yeni Rustina, Dessie Wanda. **Análise estatística:** Nopi

Nur Khasanah, Dessie Wanda, Iskim Luthfa. **Redação do**

manuscrito: Nopi Nur Khasanah, Yeni Rustina, Dessie

Wanda, Iskim Luthfa. **Revisão crítica do manuscrito**

quanto ao conteúdo intelectual importante: Yeni

Rustina, Dessie Wanda. **Outros (Revisor (a) do**

manuscrito): Nopi Nur Khasanah, Iskim Luthfa. **Outros**

(Análise da categoria de codificação em subtema-

tema): Yeni Rustina.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 05.12.2023

Aceito: 11.02.2024

Editor Associado:

Juan Manuel Carmona Torres

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Nopi Nur Khasanah

E-mail: nopi.khasanah@unissula.ac.id

<https://orcid.org/0000-0002-4519-318X>