



Universidade de Brasília (UnB)

Faculdade de Ceilândia (FCE)

Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS)

CAROLINE DE OLIVEIRA ALVES

**A TRAJETÓRIA DA ACOMPANHANTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO
INTERNADO NAS UNIDADES NEONATAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CEILÂNDIA**

BRASÍLIA

2019

CAROLINE DE OLIVEIRA ALVES

**A TRAJETÓRIA DA ACOMPANHANTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO
INTERNADO NAS UNIDADES NEONATAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CEILÂNDIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de pesquisa: Políticas, Programas, Serviços, Educação e Sociabilidade em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Sílvia Maria Ferreira
Guimarães

Brasília,
dezembro de 2019

ALVES, CAROLINE DE OLIVEIRA

2019. A trajetória da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas unidades neonatais do Hospital Regional de Ceilândia. Carolina de Oliveira Alves; orientadora Sílvia Maria Ferreira Guimarães. – Brasília, 2019. 131 p.

Tese (Doutorado – Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, 2019.

1. Relações Mãe-Filho. 2. Recém-nascido Prematuro. 3. Método Canguru.

CAROLINE DE OLIVEIRA ALVES

**A TRAJETÓRIA DA ACOMPANHANTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO
INTERNADO NAS UNIDADES NEONATAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CEILÂNDIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Data da aprovação:

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães
(Presidente) (UnB)

Prof.^a Dra. Antonia de Jesus Ângulo Tuesta
(UnB)

Prof.^a Dra. Tatiana Barcelos Pontes
(UnB)

Prof.^a Dra. Erika da Silva Dittz
(Hospital Sofia Feldman)

Prof.^a Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda
(suplente UnB)

Eu dedico este trabalho a minha mãe, Cleusa Maria, que há aproximadamente 37 anos era a acompanhante de um recém-nascido internado em uma unidade de terapia intensiva neonatal... eu!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus pela oportunidade de viver esse momento.

À minha orientadora, Sílvia Guimarães, pela acolhida e partilha de conhecimento.

À banca de qualificação, composta pelas Prof.as Dr.as Sílvia Maria Ferreira Guimarães, Josenaide Engracia dos Santos e Tatiana Barcelos Pontes, pelas importantes ponderações.

À banca examinadora, composta pelas Prof.as Dr.as Sílvia Maria Ferreira Guimarães, Erika da Silva Dittz, Tatiana Barcelos Pontes, Antonia de Jesus Ângulo Tuesta e Patrícia Escalda, por aceitarem participar e contribuir para a reflexão “do fazer saúde”.

À Prof.^a Dra. Elia Silva Pinto e a todos os docentes da Escola Superior de Saúde de Alcoidão (ESSA) em Alcabideche, Portugal, pela acolhida na visita técnica.

À minha família, meus pais pelo incentivo constante, minha mãe Cleusa por ter me inspirado de alguma forma a estudar esse tema, meu pai pela dedicação em me apresentar o estudo como algo prazeroso ainda quando criança, e às minhas irmãs pelo constante apoio.

Ao meu marido, Leonardo, pelo companheirismo e à minha filha, Barbara, por proporcionar que eu vivesse a “montanha russa” da maternidade.

À equipe de Neonatologia do Hospital Regional de Ceilândia por me receber e contribuir para a realização desse trabalho, em especial à terapeuta ocupacional Hellen e à enfermeira Raissa.

Aos colegas da UnB pelo companheirismo, em especial à professora Leticia Fagel, à Aline Midori, à Flávia Maziteli, à Ana Cristina, à Carolina Becker e ao Rafael Barroso.

Às alunas Elizana Loren, Thaís Lima e Andressa Leite, que contribuíram durante a pesquisa.

E ao Hospital Sofia Feldman por ter plantado a “sementinha” da humanização na assistência materno/infantil.

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta
Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida
Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria

(Fernando Brant / Milton Nascimento)

RESUMO

Introdução: A assistência neonatal avançou nos últimos anos com a evolução tecnológica, recém-nascidos com peso cada vez mais baixo e com menores idades gestacionais têm sobrevivido, exigindo longas internações com procedimentos invasivos para a manutenção da vida. O desafio tem sido o uso das denominadas “tecnologias leves” a fim de inserir a família durante o processo de internação do recém-nascido prematuro. O processo de hospitalização acarreta repercussões e impactos variados sobre o paciente e sua família. Estudos reconhecem a importância da presença dos pais no hospital durante a internação dos filhos. **Objetivo:** compreender a subjetividade da trajetória da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, com a realização de entrevista semiestruturada com profissionais das Unidades Neonatais e com acompanhantes de recém-nascidos internados. Todas os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi realizada observação participante nas Unidades Neonatais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os dados levantados nas entrevistas foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados/Discussão:** Foram realizadas 29 entrevistas: 17 com mulheres que estavam acompanhando os filhos internados nas Unidades Neonatais e 12 com profissionais. O HRC disponibiliza 3 espaços diferentes para as mães permanecerem acompanhando o filho: Espaço Diarista, Espaço Mão Nutriz e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. O HRC disponibiliza 3 espaços diferentes em que apenas as mães podem permanecer acompanhando os filhos: Espaço Diarista, Espaço Mão Nutriz e a UCINCa. **Conclusões:** O HRC segue a Política de Humanização do Método Canguru, favorecendo a permanência da acompanhante durante a internação do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. A trajetória da mulher durante a internação do filho recém-nascido está diretamente relacionada à Unidade Neonatal em que o bebê está internado. A participação da mãe no cuidado do filho aumenta gradativamente, porém a disponibilidade de vagas oferecidas pelo HRC nos espaços para a permanência da acompanhante está aquém do número de leitos nas Unidades Neonatais.

Palavras-chave: Relações mãe-filho. Recém-nascido prematuro. Método Canguru.

ABSTRACT

Introduction: Neonatal care has advanced in recent years with technological evolution, newborns with increasingly low weight and younger gestational ages have survived, requiring long hospitalizations with invasive procedures to maintain life. The challenge has been the use of so-called “light technologies” in order to insert the family during the preterm newborn hospitalization process. The hospitalization process has varied repercussions and impacts on the patient and his family. Studies recognize the importance of parents' presence in the hospital during their children's hospitalization. **Objective:** To analyze the trajectory of the companion of premature newborns admitted to the Neonatal Units of the Ceilândia Regional Hospital (HRC). **Methodology:** Qualitative research, with a semi-structured interview with the professionals of the Neonatal Units and with the companions of the hospitalized newborns. All participants signed the Informed Consent Form (ICF). Participant observation was also performed at the Neonatal Units. The research was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of the University of Brasília CEP / FS and by the Health Sciences Teaching and Research Foundation of the State Department of Health of the Federal District. The data collected in the interviews were analyzed by the technique of Content Analysis. **Results / Discussion:** 29 interviews were conducted: 17 with women who were accompanying their children hospitalized in the Neonatal Units and 12 professionals. HRC provides 3 different spaces for mothers to stay with their child: Diarist Space, Mother Nursing Space. In these spaces only the mother can remain. **Conclusions:** The HRC Hospital follows the Kangaroo Method Humanization Policy, favoring the stay of the companion during the hospitalization of the newborn admitted to the Neonatal Units. The woman's trajectory during the hospitalization of the newborn child is directly related to which neonatal unit the baby is hospitalized. Although the mother's participation in childcare gradually increases, the availability of places offered by the HRC in the companion's places is below the number of beds in the Neonatal Units.

Key words: Mother-Child Relations. Infant Premature. Kangaroo-Mother Care Method.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exposições com os recém-nascidos prematuros	20
Figura 2 – Convite da Exposição	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das Unidades Neonatais	44
Quadro 2 – Perfil dos espaços destinados às mulheres acompanhantes	44
Quadro 3 – Estratégia para aproximação dos profissionais e das mulheres acompanhantes	49
Quadro 4 – Perfil das mulheres/mães acompanhantes entrevistadas	50
Quadro 5 – Perfil dos profissionais entrevistados	50

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA CEP/FS	101
ANEXO B – APROVAÇÃO PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - FEPECS/ SES/DF	102
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO MANUSCRITO CORRESPONDENTE AO CAPÍTULO 3	103
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	112
APÊNDICE B – Capítulo: POLÍTICAS DE SAÚDE DE HUMANIZAÇÃO DO RECÉM- NASCIDO: do movimento social à configuração de uma política	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Alojamento Materno
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética da Pesquisa
ESSA	Escola Superior de Saúde de Alcoidão
FCE	Faculdade de Ceilândia
Febrasgo	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Fepecs	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FS	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
HRC	Hospital Regional da Ceilândia
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGCTS	Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UnB	Universidade de Brasília
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

HISTÓRIA DE VIDA E PESQUISA	15
APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO: DELIMITANDO O TEMA	18
1.1 PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	22
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 Objetivo geral	22
1.2.2 Objetivos específicos	23
1.3 O CENÁRIO NO BRASIL: PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E LEGISLAÇÕES QUE RESPALDAM O ACOMPANHAMENTO	23
1.4 CONTEXTOS DA HOSPITALIZAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS	26
1.5 PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	29
1.6 PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU	31
1.7 CONSIDERAÇÕES	36
2 METODOLOGIA: ESTUDO DE TRAJETÓRIAS/ NARRATIVAS	37
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	38
2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
2.3 INSTRUMENTOS	39
2.3.1 Observação Participante	39
2.3.2 Entrevista semiestruturada	40
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	42
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	42
2.6 CENÁRIO DA PESQUISA: O HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA	43
2.7 ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO AO CAMPO	44
2.7.1 Estratégias de aproximação com os profissionais	45
2.7.2 Estratégia de aproximação com os acompanhantes e familiares	46
2.8 PERFIL DA POPULAÇÃO	49
3 ALOJAMENTO MATERNO: UM ESPAÇO PARA O ACOLHIMENTO DE MÃES ACOMPANHANTES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NAS UNIDADES NEONATAIS	52

4	A TRAJETÓRIA DA MÃE ACOMPANHANTE DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NAS UNIDADES NEONATAIS	66
5	A VIVÊNCIA DO PUERPÉRIO DE MULHERES QUE ACOMPANHAM A INTERNAÇÃO DOS FILHOS EM UNIDADES NEONATA	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RETORNOS DA PESQUISA	89
	REFERÊNCIAS	94

HISTÓRIA DE VIDA E PESQUISA

O meu penúltimo aniversário passei na casa dos meus pais, minha mãe lembrou que há 35 anos eu estava na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ela me acompanhando. Foi aí que me dei conta de que minha pesquisa, de alguma forma, tratava da minha história de vida.

Nasci dia 25/12/1982, segundo relato da minha mãe, em um trabalho de parto difícil e que, hoje compreendo, foi marcado por violência obstétrica. Minha mãe conta que, apesar das contrações fortes, ela continha o grito, pois não era “bem vista” pela equipe obstétrica a mulher que, em trabalho de parto, gritava. Dessa forma, ela ficou deitada na cama, quieta, sem a presença de um acompanhante. Nessa época, a lei do acompanhante não existia, as mulheres permaneciam sozinhas durante todo trabalho de parto.

Por ser tratar de uma data festiva (Natal), minha mãe relata que a equipe parecia estar reduzida, e o atendimento era lento. Quando chegou sua vez de ser atendida, o médico, ao examiná-la, disse: “salve a mãe, pois a criança está morta”. Nesse momento começou a correria. Ao nascer, fui encaminhada direto para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), segundo minha mãe, eu nasci “roxinha, molinha” e não chorei. Fiquei internada na UTIN cerca de 2 semanas, minha mãe recebeu alta em 2 dias, passava bem. A partir daí, começou a saga de acompanhar minha internação e, apesar de estar no pós-parto recente, diariamente minha mãe ia até o hospital me visitar e extrair o leite materno para me alimentar.

Quando chegava antes do horário da visita, ela aguardava em um bar em frente ao hospital, onde aproveitava para tomar um copo de leite, uma forma de se hidratar para aumentar a produção de leite. E assim foi durante todo o período de internação, a espera em um bar até o início do horário de visita para poder me visitar e amamentar. Essa história sempre foi marcante para mim e, após anos, cá estou eu estudando a trajetória da acompanhante neonatal

APRESENTAÇÃO

A presente tese tem por objetivo analisar a trajetória da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), localizado na região administrativa de Ceilândia, Distrito Federal.

Com a evolução tecnológica, a assistência neonatal avançou nos últimos anos, principalmente no que diz respeito aos respiradores e à terapia medicamentosa. Paralelamente, houve uma melhora, também, na assistência obstétrica, ou melhor, ocorreu mais intenso acompanhamento de pré-natal. Assim, a mortalidade devido à prematuridade tem diminuído nos últimos anos, a partir das novas abordagens nas áreas tanto da obstetrícia como da Neonatologia no âmbito da atenção primária, secundária e terciária.

Diante desse novo quadro, recém-nascidos com peso cada vez mais baixo e com menores idades gestacionais têm sobrevivido, exigindo longas internações com procedimentos invasivos para a manutenção da vida, maior uso de medicações e intervenções. A mortalidade dessas crianças prematuras diminuiu, no entanto, tem-se aumentado a morbidade desses bebês.

O desafio tem sido o uso das denominadas “tecnologias leves”¹ a fim de inserir a família durante o processo de internação do recém-nascido prematuro, proporcionando condições para o acompanhamento da internação, a participação no cuidado, o aprendizado e a preparação para a alta hospitalar.

A Política do Método Canguru oferece diretrizes para um atendimento integral e humanizado ao bebê de risco e a sua família. Esse método compreende desde a gestação de alto risco, passando pelo momento da internação e permanecendo até após a alta hospitalar, com o seguimento do desenvolvimento.

Para entender a trajetória da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais, é necessário compreender quais aspectos e contextos que emergem durante a internação e que podem influenciar no acompanhamento.

Para alcançar tais objetivos, esta tese tem como metodologia uma pesquisa de campo com caráter descritivo-explicativo, de natureza qualitativa, com o uso de entrevistas com os autores envolvidos no processo e observação participante nas Unidades Neonatais. O formato

¹ De acordo com Mehry e Feuerwerker (2009), *tecnologias leves* são aquelas que se referem ao contexto das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato, da interação entre o profissional de saúde e os sujeitos, quando os sujeitos têm maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar o procedimento terapêutico.

desta tese segue as orientações do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCS), que permite a organização escrita da tese a partir de capítulos de livros e artigos, os quais estão em vias de publicação. Nessa modalidade, um capítulo de livro foi publicado, 1 artigo submetido e 2 artigos em vias de submissão. Esse modelo visa tornar ágil a divulgação dos achados científicos.

Portanto, cada seção desta tese refere-se a um produto acadêmico, manuscrito submetido ou já aceito para publicação em livros e revistas, exceto a apresentação e o capítulo referente ao percurso metodológico. Isso significa que as introduções dos capítulos poderão ter semelhanças, além disso, as seções metodologia/resultados/discussão se replicam para cada capítulo, exceto o primeiro, que foi publicado como capítulo de livro e apresenta o tema da tese e uma discussão mais teórica. O capítulo de metodologia apresenta como foram elaboradas estratégias de aproximação de campo e desenha, com maior detalhamento, as participantes ou colaboradoras desta pesquisa, assim como o cenário da pesquisa, o Hospital Regional da Ceilândia.

Cada capítulo desta tese conversa com os objetivos do estudo que estão na introdução, buscando discutir políticas de saúde e questões relacionadas à trajetória da acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. A introdução, e primeiro capítulo, delimita o tema e traz reflexões sobre políticas de saúde de humanização do recém-nascido. O segundo capítulo traz a perspectiva metodológica, o terceiro apresenta uma sugestão de uma diretriz de Alojamento Materno para os acompanhantes de recém-nascidos internados em Unidades Neonatais, e o quarto é a descrição e a análise da trajetória das mães acompanhantes durante a internação dos filhos nas Unidades Neonatais. Por último, o quinto capítulo se refere ao relato da vivência do puerpério da mãe acompanhante do filho internado nas Unidades Neonatais.

Espera-se que este estudo sirva para um diálogo com estudiosos e gestores das Unidades Neonatais, de forma a trazer reflexões e ampliar a assistência prestada ao acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais.

1 INTRODUÇÃO: DELIMITANDO O TEMA

A princípio, o objeto de estudo desta tese era a preparação da família para a alta hospitalar da criança recém-nascida prematura. No entanto, durante as primeiras entrevistas realizadas, mostrou-se marcante a presença da mulher como acompanhante do filho durante a internação e em como ela transitava pelo serviço de saúde, no caso o hospital, ao longo do período de acompanhamento da criança. Assim, os levantamentos preliminares da pesquisa de campo levaram-me a reformular os objetivos desse trabalho, fazendo surgir o problema central desta tese, delineado pela seguinte pergunta de pesquisa: “Como se dá a trajetória da acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais?”. Apoiadas nessa indagação guia, outras questões tangenciaram esta pesquisa, a saber: quais políticas de saúde contribuem para a permanência da acompanhante? Quais articulações a equipe/serviço realiza para que se efetive o acompanhamento? Quais articulações a família/mãe realiza para que se efetive o acompanhamento? Responder a esses questionamentos guiou a condução deste trabalho de pesquisa de doutorado.

Para compreendermos o contexto da questão central deste trabalho, apresento a seguir um pequeno panorama de como esse processo se deu na prática do cuidado com o recém-nascido.

No final do século XVII, surge, na Europa, um movimento pela saúde da criança, que foi motivado pelas altas taxas de mortalidade e tinha como objetivo preservar a vida de todas as crianças. Este movimento ficou registrado como um dos primeiros momentos da medicina neonatal. Assim, o cuidado preventivo passou a ser praticado ao mesmo tempo em que maternidades foram aprimoradas e foram criadas incubadoras (Lusky, 1999). Em 1878, baseada em uma chocadeira, uma incubadora foi desenvolvida na Maternidade de Paris (Harrison, 1946), reduzindo, significativamente, a mortalidade de recém-nascidos que pesavam menos que 2.000 gramas.

Pierre Budin, considerado o precursor da Neonatologia, era um obstetra francês que estendeu o cuidado aos recém-nascidos para além das salas de parto, criando o ambulatório de puericultura no Hospital Charité em 1892, em Paris (Avery, 2018). As incubadoras já estavam sendo utilizadas no tratamento de crianças prematuras e Budin recomendava relativa presença e participação da mãe no cuidado com seu bebê, evitando o abandono dessas crianças (Thomas, 2008).

Martin Coney, que era aluno de Budin, foi para os Estados Unidos, em 1896, e começou

a oferecer cuidados especializados aos recém-nascidos prematuros. Hospitais infantis foram criados a partir das fundações que antes eram espaços para prestar assistência a crianças abandonadas. Assim, no início do século XX, tem-se um aumento da contribuição dos pediatras para a ciência da medicina neonatal, estudos sobre a alimentação (natural e artificial) e sobre a prematuridade foram realizados e curvas de crescimento passaram a ser utilizadas para estabelecer demandas de energia.

Budin realizava exposições com os recém-nascidos prematuros para matar a curiosidade da população (**Figura 1**). As exposições consistiam em mostrar os bebês prematuros dentro das incubadoras e as pessoas pagavam convite para vê-los. Nas exposições, as mães não pagavam ingresso para ver os seus filhos, mas também não podiam cuidar deles (Davis *et al.*, 2003). Quando os recém-nascidos prematuros cresciam e ganhavam peso, ao terminar o período de cuidado, não compunham mais as exposições e eram encaminhados para as suas famílias (Klaus; Kennell, 1982). Após essa exposição, que poderia ser pensada como um pequeno “circo”, prática comum na Europa, as mães, muitas vezes, relutavam em receber os filhos que sobreviviam. Essa prática de exposições europeia, criada por experiências científicas que buscavam se estabelecer na sociedade, utilizava, além de prematuros, corpos de mulheres negras² e indígenas como artefatos científicos. De acordo com Vieira (2019), aconteciam grandes exposições científicas nos finais do século XIX, entendidas pela autora como zoológicos humanos. Uma dessas foi a Exposição Antropológica Brasileira, ocorrida no segundo Império, no ano de 1882, no Museu Nacional do Rio de Janeiro. Nessa exposição, sete índios Botocudos estiveram presentes e alguns deles foram enviados à Europa.

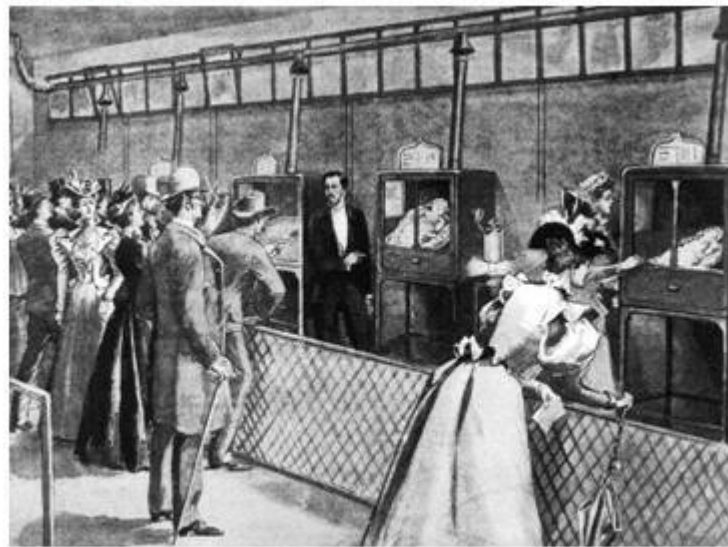
De acordo com Guzman (2006), em 18 de setembro de 1897, *The Lancet* critica fortemente as feiras expositivas de recém-nascidos em incubadoras, questionando a comercialização e as conexões que provocavam nas pessoas, pois reuniam, em um mesmo evento, o sério tema da sobrevivência humana com a mulher barbada, o homem cachorro, os elefantes, as apresentações de cavalos e acrobatas. Essas feiras passaram a ser cenários de disputas bioéticas. A maneira como situavam os acompanhantes deve ser tema de reflexão sobre seu posicionamento no cuidado após esses eventos.

² Ver o Filme *Vênus Negra*, que trata da história real de uma mulher negra sul-africana que é exibida em um show de horrores na Europa até cair nas mãos de cientistas após a sua morte em 1815. Seu esqueleto e alguns de seus órgãos ficaram em exibição no Museu do Homem, em Paris, até 2002, quando o presidente sul-africano, Nelson Mandela, requereu formalmente que seus restos fossem enviados ao seu país natal para o sepultamento.

Figura 1 – Exposições com os recém-nascidos prematuros



Exposición de incubadoras en Chicago-1933 (Infant incubators with living babies)



Público observando a los bebés en las incubadoras

Fonte: Disponível em: <http://www.madrimasd.org/blogs/patentesymarcas/2016/la-incubadora-para-bebes-prematuros-una-invencion-que-surgio-en-los-parques-de-atracciones-3/>

Coney também realizava exposições com as crianças prematuras em incubadoras, nas quais permaneciam para ganhar peso e crescerem, entre elas as de Berlim, Inglaterra e Estados Unidos (Klaus; Kennell, 1982). A organização desses eventos acabou despertando a consciência de que os recém-nascidos prematuros poderiam sobreviver, crescer e se desenvolver (Davis *et al.*, 2003). Ao mesmo tempo em que a sobrevivência dessas crianças era um tema científico importante, também, aconteciam a exposição pública, a separação de suas famílias e o abandono.

A Neonatologia obtinha avanços nos recursos tecnológicos, mas a família não era a prioridade na participação do cuidado do filho. Por mais que Budin incentivasse a presença das mães das crianças, não era permitida a realização dos cuidados por parte delas. Já seu

aprendiz, Coney, não incentivava a presença da mãe no ambiente de internação. No período inicial da formação do cuidado com os bebês neonatais, a presença da mãe ou de outro acompanhante era apagada. A internação e prevenção não deveriam contar com essa figura da acompanhante. Excluídas desse processo, vendo expostos seus filhos nesses “circos de horrores”, muitas mães resistiam em ter seus filhos após a internação.

Vários centros foram criados com foco na assistência ao recém-nascido de risco, principalmente prematuros. Os avanços tecnológicos e médicos propiciaram grandes transformações no cuidado ao recém-nascido. No entanto, as taxas de mortalidade entre os recém-nascidos mantiveram-se elevadas no início do século XX. Além da prematuridade, as infecções hospitalares também eram as responsáveis pela maioria dos óbitos.

As altas taxas de mortalidade e morbidade de recém-nascidos hospitalizados despertou a preocupação com o controle de infecção, acarretando um isolamento cada vez mais rigoroso (Davis *et al.*, 2003). As mães eram desaconselhadas a visitarem os filhos, sendo impedidas de realizar os cuidados dos seus bebês (Klaus; Kennell, 1982).

Com o passar do tempo e as descobertas relacionadas aos antibióticos, as taxas de mortalidade foram reduzidas, a infecção hospitalar foi controlada em conjunto com o uso de medicamentos e com o isolamento estrito do recém-nascido na maternidade. Isso agravou a separação entre mãe e filho, prejudicando a participação da mãe no cuidado, a criação de vínculos e o aleitamento materno (Rodrigues; Oliveira, 2004).

Na segunda metade do século XX, os avanços na assistência Neonatal levaram à inclusão de aparatos tecnológicos na assistência, incorporando equipamentos de suporte à vida, como monitores de funções fisiológicas, instrumental cirúrgico e fórmulas lácteas. A assistência ao recém-nascido prematuro visava a doença e o seu controle, utilizando tratamentos invasivos e mais complexos, que reduziam a mortalidade, mas, muitas vezes, aumentavam a morbidade (Scochi *et al.*, 2003).

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal foram estruturadas tendo como centralidade o aparato tecnológico, o cuidado era centrado na sobrevivência infantil. A manipulação passou ser considerada estressante, e o único contato humano primário estava relacionado a procedimentos médicos frequentemente dolorosos e invasivos. A presença e a participação dos pais continuavam não sendo consideradas na dinâmica da UTIN (Davis *et al.*, 2003).

Na América Latina, uma tecnologia inovadora passou a figurar como central. Na década de 1980, em Bogotá (Colômbia), iniciava-se a prática do posicionamento Canguru como uma estratégia de assistência devido à superlotação. Os bebês mais estáveis eram colocados no colo da mãe, priorizando os leitos das incubadoras para os bebês mais graves. Essa prática foi

difundida por todo o mundo, incluindo vários hospitais no Brasil, conforme será discutido na próxima seção, sendo enfatizado o movimento social criado por mães para terem essa tecnologia como parte do serviço.

Em 2000, o Ministério da Saúde do Brasil regulamenta essa prática criando uma Política de Saúde denominada: “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”. O grande marco dessa política é que ela considera os aspectos biopsicossociais e não apenas o aspecto biológico. O Método Canguru implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal, de forma que as questões relacionadas à atenção humanizada e à inserção e presença dos pais e da família passaram a complementar com os avanços tecnológicos clássicos (Klossoswsk *et al.*, 2016). Não havia discordância em ter uma tecnologia dura aliada a uma tecnologia leve.

O panorama apresentado acima sobre o tratamento do bebê prematuro aponta os elementos que foram definidos como centrais no cuidado, os quais eram a tecnologia e a figura do médico e das máquinas. Desse modo, a família ou acompanhante não eram considerados. As tecnologias estavam centradas no corpo biológico e no adoecimento, desconsiderando uma perspectiva de saúde e adoecimento que envolve família, sentidos e afetos do bebê. Somente a partir da década de 1980, inicia-se um novo movimento impondo novas ênfases. Diante dessas considerações, a história da trajetória da acompanhante durante a internação revela momentos nos quais sua presença dava-se por meio de convites gratuitos para a visita dos filhos nas exposições e restrições de visitas devido ao alto risco de infecção, até chegar à difusão da prática do posicionamento canguru do recém-nascido.

1.1 PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a subjetividade da trajetória da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia.

1.2.2 Objetivos específicos

- Problematizar o acompanhamento da internação do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do HRC;
- Identificar quais estratégias/programas/políticas de saúde favorecem a presença da acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do HRC;
- Investigar as facilidades e dificuldades encontradas pelo acompanhante/família no acompanhamento do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do HRC.

1.3 O CENÁRIO NO BRASIL: PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E LEGISLAÇÕES QUE RESPALDAM O ACOMPANHAMENTO³

A Constituição Federal (Brasil, 1988), em seu artigo 227, assegura à criança e ao adolescente, dentre alguns direitos, o direito à convivência familiar:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à **convivência familiar** e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A Constituição não especifica em quais contextos deve assegurar essa convivência familiar, o que conduz à interpretação de que, independentemente da situação, a convivência familiar tem que ser assegurada, incluindo o contexto hospitalar.

Um marco da participação da família no cuidado foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2017), criado em 1990, que regulamentou os direitos da criança. Nesse estatuto, foi explicitado, no artigo 12, o direito ao acompanhamento de um dos pais ou responsáveis durante a internação: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Esse artigo foi reformulado pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre

³ Essa seção compõe parte do capítulo denominado “Políticas de saúde de humanização do recém-nascido: do movimento social à configuração de uma política” do livro Direitos Humanos, Cidadania e Violência no Brasil, vol. 7, 2019. (Apêndice B)

as políticas públicas para a primeira infância, passando a ser reescrito especificando as Unidades Neonatais:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as Unidades Neonatais de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Em 2007, a Portaria nº 1.683 (Brasil, 2007) apresenta as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Essa portaria assegura à puérpera a efetivação do direito de acompanhar o filho através de estratégias, como:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou Municípios
- Refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou Municípios
- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso.
- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários. (Brasil, 2007).

A última versão do manual do Método Canguru (2018) descreve as condições facilitadoras para a permanência da mãe acompanhante:

O processo inicia-se no acolhimento da família dentro da UTI neonatal, propiciando condições facilitadoras para a mãe permanecer junto ao recém-nascido e iniciar o contato pele a pele precoce, os cuidados com o filho, a extração manual de seu leite e a alimentação do recém-nascido. (Brasil, 2018).

Já a Portaria nº 930, de 2012, do Ministério da Saúde, especifica que, no projeto arquitetônico da UTIN, tem que haver a previsão de um alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCINCo:

Art. 8º Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral. (Brasil, 2012).

Hoje já há legislações que respaldam e explicitam o direito da criança internada à presença da família, inclusive a criança recém-nascida internada nas Unidades Neonatais. O Brasil apresenta uma política de humanização dessa criança, o movimento de criação dessa política entrelaça demandas de um movimento social e a ênfase em novas tecnologias que não se relacionam com equipamentos ou fármacos.

Uma estratégia que é importante explicitar nesse contexto é a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (Brasil, 2011b). Para conseguir efetivar a Rede Cegonha, a Portaria nº 1.473 instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (Brasil, 2011c).

Após percorrer as legislações brasileiras que tocam o tema, agora, pretendo refletir sobre políticas de saúde de humanização da assistência, especialmente, a criação da política Método Canguru. A escolha por focar nessa política está no fato de ter sido construída a partir de uma participação intensa das mães/acompanhantes de crianças prematuras. Pode-se afirmar que foi uma política desenhada a partir de um movimento social nos hospitais, desencadeado por mães, médicos e enfermeiros, que passou a ser normatizada e efetivada.

Esse tema tocou-me quando estava realizando pesquisa de campo no Hospital Regional da Ceilândia, ao me deparar com mães e outros familiares envolvidos no cuidado de crianças que nasceram prematuras, ou que necessitavam de cuidados hospitalares nas denominadas unidades intensivas. O cenário era do parto e, depois dele, as crianças não retornariam com os pais para suas casas, mas permaneceriam no ambiente hospitalar. As questões que surgiam ficavam entre a situação dos familiares e dos bebês e do como a equipe de profissionais de saúde lidava com essa angústia que marcava um momento que deveria ser de pleno afeto. Havia uma precariedade nessa relação de processos de trabalho por parte de equipe e a não efetivação de políticas de capacitação e criação de diretrizes para o bom funcionamento da relação entre a equipe e os familiares. Nesta seção, pretende-se refletir sobre essa dimensão das políticas de saúde e como elas se reatualizam e criam um cenário favorável para ações no nível micro da vida social dos sujeitos.

O foco desta seção recai sobre determinada cena do processo de hospitalização no Brasil, refere-se à criança recém-nascida, prematura, internada em um hospital público de uma periferia de Brasília, o HRC, na cidade de Ceilândia, Distrito Federal. Tal situação de hospitalização se refere não somente à criança, mas também à família e aos cuidadores dessa criança, assim como à equipe do hospital.

Pode-se afirmar que, no Brasil, a assistência neonatal avançou nos últimos anos com a evolução tecnológica vinculada, principalmente, aos respiradores, bem como à terapia medicamentosa. Paralelamente, houve uma melhora, também, na assistência obstétrica, ou melhor, ocorreu mais intenso acompanhamento de pré-natal na atenção primária. Assim, a

mortalidade devido à prematuridade tem diminuído nos últimos anos com novas abordagens nas áreas tanto da obstetrícia como da Neonatologia no âmbito da atenção primária, secundária e terciária. No entanto, vale enfatizar que essa realidade é tensionada quando vemos os grupos populacionais. A mortalidade infantil indígena, por exemplo, não acompanhou essa visão geral. Assim, quando analisamos grupos populacionais por etnia-raça, a situação muda.

De acordo com Caldas *et al.* (2017), a taxa de mortalidade infantil (TMI) é amplamente reconhecida como um importante indicador das condições de vida de uma população. No Brasil, entre 1990 e 2012, ocorreu uma redução da mortalidade infantil, passando de 47,1 para 14,6 óbitos/1.000 nascidos vivos, com decréscimos em todas as regiões do país (op. cit.). Por sua vez, o mesmo estudo enfatiza que as taxas de mortalidade no período neonatal apresentaram tendência de declínio mais lento.

É importante realizar uma análise comparativa acerca da mortalidade infantil segundo recorte étnico-racial, no Brasil, pois a análise geral de dados pode escamotear a desigualdade social que o país apresenta. De uma maneira geral, Caldas *et al.* (2017) afirmam que as análises apontam para valores de TMI mais elevados no caso das crianças classificadas como negras, pardas e indígenas. Isso significa que as tecnologias de saúde não alcançam indígenas, negros, pardos e brancos da mesma maneira. O caso do HRC deve ser analisado tendo como pano de fundo essa situação por estar em uma periferia que abriga crianças, em sua maioria, negras e pardas.

1.4 CONTEXTOS DA HOSPITALIZAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS

Alguns dados gerais revelam que os recém-nascidos com peso cada vez mais baixo e com menores idades gestacionais têm sobrevivido, exigindo longas internações com procedimentos invasivos para a manutenção da vida, maior uso de medicações e intervenções. A mortalidade das crianças diminuiu ao mesmo tempo em que se tem aumentado o adoecimento de bebês. No caso do HRC, há procedimentos de hospitalização focados nesse cenário.

O contexto desse cuidado deve estar pautado pela humanização das práticas. Desde 2003, o Brasil conta com a Política Nacional de Humanização (PNH) e a rede HumanizaSUS para efetivar seus princípios no Sistema Único de Saúde (SUS), ou melhor, no cotidiano das

práticas de saúde, os quais estão nos contextos de atenção e gestão, qualificando e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. De acordo com a PNH, essa troca deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

No caso da hospitalização dos recém-nascidos, o desafio tem sido o uso das denominadas “tecnologias leves”⁴ a fim de inserir a família no processo de internação e cuidado do recém-nascido prematuro, proporcionando momentos de humanização desse cuidado ao longo da internação, além do aprendizado e da preparação para o cuidado após a alta hospitalar, no domicílio da família, e tendo em vista que, devido às debilidades, esses recém-nascidos constituem uma população com alto risco de comprometimento de sua saúde, inclusive após a alta hospitalar.

Além da PNH, há poucas políticas voltadas para aprimorar as denominadas “tecnologias leves”, uma dessas é a Política do Método Canguru. Essa vem para oferecer diretrizes para um atendimento integral e humanizado ao recém-nascido de baixo peso e à sua família. Tal atendimento é prestado do momento da internação até após a alta hospitalar, com o seguimento do desenvolvimento. Portanto, a Política do Método Canguru foi formulada com o foco sobre as crianças e seu nascimento e está ancorada à ideia de humanização do SUS.

A fim de compreender como se dá o processo de internação do recém-nascido prematuro no Hospital Regional de Ceilândia, é necessário visualizar os diversos aspectos e contextos que emergem durante a internação.

O nascimento de um filho inaugura um momento importante no ciclo vital dos indivíduos, com grandes repercussões no meio familiar (Klaus; Kennell, 1993; Maldonado, 2002). Quando o nascimento é antecipado por um parto prematuro, interrompe-se o processo de ter o filho no tempo esperado para a família, além do possível desencadeamento da hospitalização do recém-nascido para o recebimento de cuidados intensivos e a manutenção da vida (Lara; Kind, 2014).

A internação do recém-nascido na UTIN é um evento atribulador, que provoca estresse e insegurança nos familiares devido à condição de vulnerabilidade de sua saúde (Santos *et al.*, 2012; Shah *et al.*, 2011; Hynan *et al.*, 2013). O enfrentamento dessa situação se agrava quando a internação é necessária logo após o nascimento, substituindo a idealização da chegada de um bebê saudável pelo enfrentamento das adversidades e dos sentimentos provocados pela hospitalização (Schmidt *et al.*, 2012; Phillips-Pula *et al.*, 2013).

⁴De acordo com Mehry e Feuerwerker (2009), tecnologias leves se referem àquelas que lidam com contexto das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato, da interação entre o profissional de saúde e os sujeitos, quando os sujeitos têm maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar o procedimento terapêutico.

Durante a internação, os pais vivenciam sentimentos diversos ao visitarem o filho prematuro nas UTINs, como a impotência, a tristeza, a solidão e a dor. Tais sentimentos podem estar associados às características da UTIN, sua dinâmica de funcionamento e dispositivos de apoio à vida, utilizados para garantir e manter a sobrevivência da criança (Goldstein, 2013; Greene *et al.*, 2015). No momento da alta hospitalar, quando os pais irão assumir os cuidados no domicílio, muitas vezes, eles se sentem sozinhos na responsabilidade de cuidar, despreparados para desempenhar o novo papel por mais capacitados que estejam (Hutchinson *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2013).

A importância da inserção dos pais nos cuidados do recém-nascido prematuro no contexto da hospitalização justifica-se, também, pela alta taxa de adoecimento após alta hospitalar de egressos da UTI. A incidência de adoecimentos de bebês prematuros norte-americanos é de 40% a 50% (Turner *et al.*, 2013). Devido às debilidades, os recém-nascidos prematuros constituem uma população de alto risco de comprometimento de sua saúde. Assim, é importante a valorização do enfoque na preparação dos pais nas Unidades Neonatais, para que atendam às demandas da criança no domicílio. Assim, ao longo do processo de hospitalização, deve-se levar em conta a necessidade de aprendizagem dos familiares sobre os cuidados a serem realizados no período de hospitalização e pós, sendo, portanto, indispensável sua participação no cuidado desde o início do processo (Couto; Praça, 2012; Turner *et al.*, 2013; Bracht *et al.*, 2013).

Por conseguinte, todo o processo de hospitalização, que se inicia no momento da admissão ou logo que foram determinadas as chances de sobrevivência do recém-nascido, deve estar pontuado pelo envolvimento dos familiares como um elemento central em tal processo (Whittingham *et al.*, 2014; Vieira Melo, 2009). Segundo Griffin (2006), os critérios da alta devem considerar, além da condição fisiológica do prematuro, a capacidade da família em prestar os cuidados necessários no domicílio, a existência de condições apropriadas de suporte no domicílio e a adequação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para receber a criança e sua família.

1.5 PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Algumas políticas de saúde se referem a esse contexto de hospitalização do recém-nascido, especialmente o Método Canguru, que ultrapassa a prematuridade ou o baixo peso no nascimento, mas que apoia o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que, ao nascer, necessitam de intervenções próprias de uma internação hospitalar (Brasil, 2018).

Nesse momento, é importante ter uma pausa para abordar de maneira mais ampla as políticas de saúde. Discutir sobre *políticas de saúde* é discutir também sobre o papel do Estado. Pizza e Johannessen (2009) trabalham a terminologia do Estado sob algumas vertentes, uma dessas se refere à de Max Weber, o qual formulou o conceito do Estado Moderno com a ideia de que somente o Estado tem o monopólio do legal. O "Estado Moderno" é a entidade que detém o monopólio político, que é definido por procedimentos racionais: a lei e a burocracia (op. cit).

Gramsci sugeriu o termo “stateness”, no qual é proposto ir além da separação entre o Estado e a sociedade civil. Dessa forma, o Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dominante justifica a sua posição dominante e consegue ter o consentimento ativo das pessoas sobre as quais ele governa (op. cit).

Nessa perspectiva, o Estado não é simplesmente um conjunto de definições de regras e sanções, nem o estabelecimento de uma visão dominante do mundo, com base no poder de coerção, mas uma ideologia que está constantemente trabalhando culturalmente e sentimentalmente nas pessoas. Dessa forma, segundo o conceito trabalhado por Gramsci, o Estado assume a tarefa de elaborar um novo tipo humano, tomando a direção consciente da grande multidão nacional. Assim, o Estado está vivo e ultrapassa os limites de suas fronteiras e os dos governos nacionais (Pizza; Johannessen, 2009).

Articulando com essas percepções de Estado, Mattos e Baptista (2015) pontuam que nenhuma mudança de organização estatal proposta nos últimos séculos rompeu com a ideia liberal do Estado. Assim, o Estado é fruto das relações sociais, econômicas e políticas de uma população em seu território. O aparelho de Estado foi instituído e passou a ter o poder de definir limites muito claros para intervir na vida social, para isso estruturou arranjos institucionais, como o Poder Executivo, que executa administrativamente as regras; o Poder Legislativo, que discute e define as leis; e o Poder Judiciário, que julga as distorções que se apresentam nesse processo (Mattos; Baptista, 2015).

Gobert e Muller (1987 apud Hofling, 2001) fazem uma relação entre Estado e *políticas*

públicas. Segundo os autores, as políticas públicas podem ser entendidas como o “Estado em ação”. Por conseguinte, é o Estado implantando um projeto de governo, por meio de programas e de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Por sua vez, Hofling (2001) conceitua políticas sociais como as ações com foco na proteção social, voltadas para distribuir benefícios sociais e diminuir as desigualdades estruturadas por questões socioeconômicas.

A Constituição Federal de 1988 do Brasil foi um marco na responsabilização do Estado em relação às *políticas de saúde*. Segundo o artigo 196, “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dessa forma, cabe ao Estado a responsabilidade de prover medidas necessárias (*Políticas de Saúde*) para oferecer um sistema de saúde que responda às necessidades de toda a população. A responsabilidade do Estado está não só em zelar pela qualidade na prestação desses serviços, como também pelo cumprimento das regras estabelecidas (Gohn, 2011).

As funções do Estado, segundo as teorias políticas liberais, compreendem essencialmente a garantia dos direitos individuais, sem interferência na esfera econômica da sociedade, ou seja, nas esferas da vida pública (Hofling, 2001). No entanto, no caso do Brasil e da gritante desigualdade social, existem conflitos de interesses no processo de definição de políticas públicas, revelando arranjos nas esferas de poder e perpassando a sociedade como um todo, além das instituições do Estado (Hofling, 2001). Essas relações de poder que criam agendas estatais são um risco e podem aprofundar as estruturas de desigualdade social.

As sociedades contemporâneas apontam o Estado como a referência dos processos políticos na sociedade com suas instituições, embora não seja esse o espaço exclusivo do exercício da política. No entanto, é essa a instância da sociedade, em seus distintos níveis: municipal, estadual e federal, que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e, sobretudo, para a efetivação das *políticas de saúde*. Isso inclui a definição de prioridades a serem contempladas pelas diversas facetas do Estado na área da saúde, a definição das formas de como implementá-las, o público-alvo que será priorizado e a que fontes de financiamento recorrer (Gohn, 2011).

É nesse sentido que as *políticas de saúde no Brasil* estão comprometidas em promover a justiça social quando geridas pelo Estado, já que é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuição, segundo critérios e parâmetros socialmente negociados. As políticas de saúde se incluem em políticas sociais a partir da

Constituição Federal de 1988 e tencionam ações em uma sociedade dinamizada por uma realidade capitalista, formada por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si (Gohn, 2011).

1.6 PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU

Segundo Mattos e Baptista (2015), ao analisar uma política, é importante considerar em que lugar ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica. Quando nos referimos à Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso nesta tese, irei me referir a essa política como ela é popularmente conhecida: Método Canguru. O Método Canguru surgiu da vivência inserida em alguns hospitais que experimentaram tal proposta vinda de um hospital de Bogotá, Colômbia. Assim, profissionais de saúde de alguns hospitais, no Brasil, passaram a posicionar os bebês com contato pele a pele com a mãe, como uma estratégia de assistência, baseada no relato de Bogotá. Os efeitos positivos advindos da prática fizeram com que ela passasse a ser difundida, porém sem ter, ainda, critérios técnicos bem definidos.

Diante desse contexto, houve a intervenção do Estado, via Ministério da Saúde, que passou a regulamentar e instituir o Método Canguru como política, revelando, desse modo, como as práticas sociais participam da construção das políticas públicas em contextos variados. Assim, o Estado pode ser entendido como mediador dos interesses sociais, mas também como a expressão dos hábitos, da cultura, das práticas e dos costumes de uma sociedade (Mattos; Baptista, 2015).

As práticas do posicionamento Canguru estavam sendo difundidas pelos hospitais do Brasil sem uma normatização de referência, ou seja, sem a personificação do Estado, o que passou a ser um incômodo. Diante desse movimento nacional, o Estado se posicionou regulamentando e delimitando outras práticas que deveriam ser implementadas juntamente ao posicionamento. Esse cenário demonstra como, no cotidiano da prática política das instituições e das relações sociais, vemos elementos do modo de constituir as políticas de Estado (Mattos; Baptista, 2015).

Mattos e Baptista (2015), ao discorrerem sobre estudos de política, remetem à compreensão de que são os sujeitos que fazem a história. Assim, enfatizam que nenhuma

política dispensa a participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos autores no debate político e suas relações de força. Isso fica claro ao discutirmos o Método Canguru, pois houve um movimento com participação de profissionais e de familiares na realização de condutas que culminaram em uma política. Assim, os sujeitos são detentores de saber e exercem seu poder na mediação com outros sujeitos, que se organizam em grupos, definem e instituem práticas.

As *políticas de saúde*, desde sua formulação até sua implementação, configuram-se como processos complexos de articulação de interesses múltiplos existentes na sociedade, de discussões sobre quais são as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus segmentos socioeconômicos distintos e o que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população (Gohn, 2011).

Hoje considerada pelo Ministério da Saúde como uma política difundida no contexto neonatal nacional, o Método Canguru ampliou o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que, ao nascer, necessitam de intervenções próprias de uma internação hospitalar (Brasil, 2018). O Método Canguru vivencia o desafio de implementar uma tecnologia leve em um contexto hospitalar radical, como é o caso das unidades intensivas, onde ainda há a ênfase nas tecnologias duras como referência na assistência.

Assim, nesse processo de consolidação dessa política, interagem demandas, redes de interesses, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo base consolidada por interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, principalmente no contexto hospitalar (uso de medicamentos, exames, máquinas e equipamentos e outras intervenções). Desse modo, surge uma dicotomia de peso político variado, que seria o investimento econômico, como aquele prioritário e produtivo, e o investimento social, entendido no geral como gasto improdutivo (Gohn, 2011).

A política não pode estar restrita ao seu aspecto formal, com o enunciado oficial, a política precisa ser vista como uma prática de conflitos de interesses, percepções do mundo e de posições, produzindo acordos momentâneos e dinâmicos e que expressam uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade. O Método Canguru, em contexto hospitalar, como nas unidades intensivas, confronta um aparato de equipamentos e medicamentos economicamente significantes. Por isso, sua crescente divulgação, consolidando um movimento social que contemplou familiares e, principalmente, equipe médica, foi um elemento fundamental para sua não proibição, mas que não impediu sua normatização.

O ato de carregar o recém-nascido prematuro em contato direto com o tórax materno ganhou o mundo, recebendo opositores e adeptos. Entre os adeptos, estavam os profissionais com a nova proposta, o chamado “tecnicismo desenvolvido para o cuidado do recém-nascido prematuro”, substituindo a “máquina e o especialista” pelo “humano e familiar” (Brasil, 2011). Os opositores se limitavam a argumentar sobre as necessidades biológicas que o recém-nascido apresentava, relacionadas ao grau de imaturidade. O Método Canguru não considera menos importante o aspecto biológico, ele vem ampliar a visão de assistência neonatal, considerando estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família (Brasil, 2017).

A crônica dificuldade em se obter recursos financeiros para os hospitais públicos para alguns aparatos tecnológicos fez com que o Método Canguru surgisse como uma “metodologia salvadora e de baixo custo” (Brasil, 2011). A questão econômica fez com que o Método Canguru fosse rotulado como uma alternativa encontrada pelos países ditos de terceiro mundo, para baratear o custeio do cuidado neonatal. Para os familiares e profissionais, essa precoce aproximação da mãe ao seu filho prematuro é vista como fortalecimento e estímulo de laços psicoafetivos, trazendo resultados para a recuperação rápida do bebê e para o fortalecimento dos pais no cuidado pós-hospitalar, momento que vimos anteriormente como central diante dos adoecimentos que o bebê poderia desenvolver.

As políticas de saúde podem ser o resultado de disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos e caminhos, e exclui outras do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas (Mattos; Baptista, 2015). O caso do Método revela que sua potência estava dada nas vivências cotidianas dos hospitais que experimentavam o posicionamento canguru antes de qualquer política.

A Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru prevê uma proposta de humanização da assistência neonatal que compreende ações desde o pré-natal de alto risco, passando pelo nascimento e pela internação do bebê na Unidade Neonatal até a sua alta hospitalar (Brasil, 2011).

Essa Política foi criada, no Brasil, no ano de 2000, baseada na experiência de hospitais de Bogotá, na Colômbia. Explico. Em meados da década de 1970, uma unidade de terapia intensiva neonatal de Bogotá vivenciou uma superlotação. Uma estratégia identificada pelos profissionais que prestavam assistência na época foi colocar os bebês mais estáveis nos colos das mães, priorizando os leitos para os bebês mais graves.

Os profissionais observaram que esses bebês nos colos das mães apresentavam uma

evolução significativa, comparados a bebês com quadro clínico semelhante que permaneciam em incubadoras. A partir dessa experiência, estudos começaram a investigar os determinantes para a melhora significativa dos bebês prematuros que permaneciam grande parte do tempo no colo, tendo um contato pele a pele com sua mãe.

Assim, o Método Canguru foi sistematizado no Instituto Materno Infantil de Bogotá no ano de 1979, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez. O Método tinha como proposta melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido naquele país, e visava promover maior vínculo afetivo, estabilidade térmica e melhor desenvolvimento através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, reduzindo, assim, os custos da assistência perinatal. A proposta também incluía a alta hospitalar precoce e o acompanhamento ambulatorial, sendo um dos pilares fundamentais no atendimento desses bebês (Brasil, 2011). O Método acaba por transferir o bebê da máquina para o braço materno, o que permite incluir a mãe no cuidado hospitalar e potencializá-la no cuidado pós-hospitalização. Diante do quadro de alto adoecimento desse bebê prematuro após a hospitalização, fortalecer a mãe é outro ponto importante do Método.

Alguns hospitais brasileiros iniciaram a prática baseados na experiência de Bogotá, entre eles está o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Pernambuco, e o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, desde o ano de 1991. Outros hospitais brasileiros, a partir dessas experiências em Recife e em Santos, passaram a estabelecer práticas de utilização do posicionamento Canguru, tendo como público-alvo “mães e bebês pré-termo”, porém sem ter ainda critérios técnicos bem definidos. Há relatos de que o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, no início da década de 1990, utilizou o posicionamento Canguru como estratégia de assistência em um recém-nascido prematuro, devido à falta de recursos (Brasil, 2011).

No final da década de 1990, o IMIP realizou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, o qual contou com representantes de hospitais que já adotavam essa metodologia, como Frei Damião (Paraíba), Cesar Calls (Fortaleza), Sofia Feldman (Minas Gerais), Alexandre Fleming (Rio de Janeiro) e Guilherme Álvaro (São Paulo). Também participaram desse evento alguns profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

A prática do posicionamento Canguru difundida pelos hospitais nacionais aparecia como uma estratégia de assistência de baixo custo e importante diante do número crescente dos recém-nascidos prematuros. Em 1999, após o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, os profissionais da Área Técnica de Saúde da Criança organizaram um grupo de trabalho composto por representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e de universidades brasileiras. Esse grupo de profissionais elaborou um documento que criaria a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Segundo essa norma, a “prática canguru” incluía requisitos da atenção biológica, dos cuidados técnicos especializados associados a todas as correntes mais modernas da atenção ao recém-nascido, tendo como ênfase a atenção psicoafetiva à mãe, à criança e à família.

Em dezembro de 1999, a Norma de Atenção Humanizada foi apresentada pelo Ministro da Saúde à comunidade científica brasileira. Em 5 de julho de 2000, a Portaria SAS/MS nº 693 foi publicada e nomeada de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Brasil, 2011).

O Método Canguru implicou uma mudança de paradigma na atenção perinatal, de forma que as questões relacionadas à atenção humanizada passaram a complementar os avanços tecnológicos clássicos (Klossoswsk *et al.*, 2016).

O Método Canguru se divide em 3 etapas. Na primeira, a intervenção inicia-se com a identificação das gestantes com risco de um trabalho de parto prematuro, ou seja, a atuação começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê prematuro e/ou de baixo peso. Nesse contexto, a gestante de risco e sua família recebem orientações e cuidados específicos. Ao nascer, havendo necessidade, o bebê é encaminhado à UTIN e/ou Unidade de Cuidados Intermediários. Os pais são estimulados a entrar nessas unidades e estabelecer de forma gradual e crescente o contato pele a pele com o bebê, de maneira segura e agradável para ambos. Os pais não são considerados visitas, tendo acesso 24 horas à unidade onde está internado o seu filho. O bebê prematuro e sua família recebem assistência por uma equipe multiprofissional ao longo de toda a internação (Brasil, 2011).

Na segunda etapa, é necessário que haja estabilidade clínica do bebê, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível. O posicionamento canguru é realizado com mais frequência e pelo período que ambos considerarem seguro e agradável. A terceira etapa inicia-se a partir da alta hospitalar, quando é realizado o acompanhamento ambulatorial do bebê e de sua família por uma equipe multiprofissional.

É importante diferenciar o posicionamento canguru do Método Canguru. O posicionamento canguru foi a estratégia inicial utilizada em Bogotá, posicionando o bebê prematuro em contato pele a pele com sua mãe como uma estratégia para enfrentar a superlotação da Unidade Neonatal e diante de sua eficácia. O Método Canguru é política de

saúde, sendo que suas estratégias de atenção ultrapassam o baixo peso no nascimento ou a prematuridade, o Método apoia o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que, ao nascer, necessitam de intervenções próprias de uma internação hospitalar. O Método Canguru é algo mais amplo do que apenas o posicionamento pele a pele, o posicionamento faz parte do Método juntamente com outras estratégias e diretrizes. Outra questão importante a ressaltar é que o Método Canguru engloba a família do recém-nascido e é iniciado ainda na gestação de risco.

1.7 CONSIDERAÇÕES

Esta seção buscou problematizar a configuração de uma política de saúde de humanização de bebês recém-nascidos em condições especiais, ou seja, as crianças prematuras que devem ser hospitalizadas. Trata-se de um cenário de fragilização da família e a partir do qual há um investimento econômico de equipamentos, medicamentos e exames. Em meio a esse contexto, surge a Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido – Método Canguru, que, a partir de uma técnica de baixo custo, passou a ser disseminada por vários hospitais, configurando-se como um movimento social e contrapondo-se aos altos custos que marcam o ambiente hospitalar, e passou a ser foco de intervenção estatal.

Por um lado, houve benefícios nesse processo de normatização, pois havia pessoas contrárias ao uso dessa prática em ambientes como os de terapias intensivas, e a criação da política barrou qualquer tentativa de proibição por parte de algum gestor ou profissional da saúde. Por outro lado, o Método Canguru passou a ser normatizado, o que poderia retirá-lo do contexto dinâmico e fluido que encontrou em cada espaço. O interessante é o movimento que essa prática provocou em ambiente tão controlado e marcado pelo distanciamento e pelos equipamentos, indo de ações de um movimento social (de mães, acompanhantes e profissionais de saúde) a uma prática/tecnologia normatizada. Por fim, a prática em si é um ato de subversão a qualquer normatização, pois nada pode estar entre a pele da mãe e do bebê além da troca de afetos, cheiros, respiros, sonhos e sonos.

2 METODOLOGIA: ESTUDO DE TRAJETÓRIAS/ NARRATIVAS

As narrativas estão presentes no cotidiano do indivíduo, permeiam a vida das pessoas desde a infância em diversos contextos, como: na família, no trabalho e na escola. Elas são relatos culturais do que faz pulsar os seres humanos, contribuindo para organizar a estrutura da experiência humana e da memória, das razões para fazer ou não fazer.

Segundo Polkinghorne (2007), as pesquisas narrativas propõem produzir conhecimentos que não são alcançáveis por métodos tradicionais de investigação científica, como os significados que as pessoas dão às suas vivências, às situações e às ações de suas vidas, inseridas no grupo e na coletividade. Neste trabalho, buscou-se entender a trajetória dos familiares que acompanham seus filhos internados nas Unidades Neonatais, considerando os “significados” que elas vão construindo ao longo dessa trajetória. Esses familiares são definidos como “acompanhantes” nos serviços hospitalares.

A pesquisa narrativa pode ser descrita como uma metodologia que consiste na coleta de histórias sobre determinado tema a partir das quais o investigador encontrará informações para entender determinado fenômeno. Os atores envolvidos na pesquisa narrativa são marcados pela história, pelo tempo, pelo grupo social e pela cultura (Damasceno *et al.*, 2018). Assim, a pesquisa narrativa é uma forma de entender a experiência em um processo de colaboração entre pesquisador e pesquisado.

As histórias podem ser obtidas por meio de vários métodos: entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas e notas de campo. Assim, a pesquisa narrativa usa as narrativas tanto como método quanto como fenômeno do estudo (Pinnegar; Daynes, 2007).

Nesse trabalho, buscou-se analisar a trajetória por meio de narrativa. Bourdieu (1996) aponta que uma trajetória é a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo. Essa objetivação resulta em uma trajetória, que descreve a série de posições sucessivamente ocupadas pelo mesmo ator em estados sucessivos (*op. cit.*). Assim, as trajetórias seriam o resultado construído de um sistema dos traços pertinentes de uma biografia individual ou de um grupo de biografias (Bourdieu, 1998).

A trajetória social é o movimento dentro de um campo de possíveis definido estruturalmente, em que os marcadores sociais, como gênero, etnia/raça, classe, ocupação e local de moradia, influenciam sobremaneira, mesmo que as estratégias e os movimentos individuais estejam presentes. Toda trajetória social deve ser compreendida como uma

maneira singular de percorrer o espaço social, no qual se exprimem as disposições do *habitus* e se reconstitui a série das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um mesmo grupo de agentes em espaços sucessivos (Bourdieu, 1996).

Neste trabalho, por meio das narrativas, buscou-se entender a trajetória do familiar que estava acompanhando o recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. Durante as entrevistas, era pedido para o acompanhante contar sobre o cotidiano de estar no hospital, a interação com os outros acompanhantes na mesma situação, a interação com o recém-nascido internado e a interação com os profissionais. Eles eram convidados a contar quais articulações fizeram para conseguirem estar ali de forma integral, articulações com o companheiro, outros filhos, familiares, trabalho etc.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo-explicativo. Este trabalho pretende compreender as subjetividades e práticas desencadeadas pelos sujeitos em seus contextos sociais, enfoca a perspectiva dos sujeitos, os conceitos construídos e vividos, as crenças e os valores desses. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as mulheres que estão acompanhando a internação de seus bebês recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais e com a equipe que presta assistência aos recém-nascidos prematuros internados. A entrevista é uma relação dialógica a partir da qual pretende-se desenvolver determinada temática que será direcionada pela pesquisadora. Também, foram realizadas observações participantes, que contaram com conversas informais e análise do ambiente que envolve o recém-nascido nas Unidades Neonatais.

Assim, foi realizado um mergulho no objeto delimitado, isso é, na trajetória da acompanhante do seu filho recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do HRC e no contexto social que a envolve na hospitalização. A proposição desta pesquisa foi compreender e mapear como se dá a trajetória da acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais, não se pretende quantificá-la, mas analisar como se efetivam tais processos e entendimentos.

O período da coleta de dados ocorreu entre agosto de 2016 a janeiro de 2017. Os espaços em que aconteceram o trabalho de campo foram: Neonatologia do Hospital Regional de Ceilândia: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), Espaço Mãe Diarista e Alojamento Materno Mãe Nutriz.

2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como a pesquisa tem por objetivo analisar a trajetória das acompanhantes de crianças recém-nascidas prematuras internadas nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia, as colaboradas envolvidas durante a internação foram as mães acompanhantes dos filhos recém-nascidos internados e os profissionais do serviço de Neonatologia envolvidos, diretamente ou indiretamente, nos cuidados com recém-nascidos internados. O número de sujeitos incluídos no estudo foi definido pela técnica de saturação, ou seja, ao longo da pesquisa fomos entrevistando participantes até o ponto em que as informações passaram a se repetir, o que informava que os dados abarcavam uma totalidade e que era possível finalizarmos as entrevistas.

O critério de inclusão para o acompanhante foi que estivesse acompanhando a internação do filho prematuro em uma das Unidades Neonatais do HRC, e o critério de exclusão foi que o filho tivesse ido a óbito antes da entrevista. O critério de inclusão para os profissionais entrevistados foi que eles fossem lotados em uma das Unidades Neonatais do HRC e atuassem nessas unidades nos últimos seis meses.

2.3 INSTRUMENTOS

2.3.1 Observação Participante

A observação participante foi realizada em paralelo com as entrevistas e significa “a possibilidade de vir a clarificar aspectos observados e anotados a posteriori à entrevista e em observações mais focalizadas, constitui um ganho excepcional face a outras técnicas de investigação.” (Correia, 1999 p. 35). A Observação Participante foi essencial para o desenvolvimento do trabalho, ela ajudou a compreender como se dava a trajetória da

acompanhante, o cotidiano das mulheres que permaneciam no hospital acompanhando os filhos e a participação nos cuidados. A Observação Participante é realizada em contato direto, frequente e prolongado, do investigador com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa (Correia, 1999).

Essa técnica constitui-se no processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, tendo como objetivo realizar uma investigação científica (Minayo, 2001). O pesquisador tem como instrumento da observação o diário de campo, que é um caderno em que se registra as informações ao longo da pesquisa.

Foi realizada a Observação Participante nas Unidades Neonatais: UTIN, UCINCo, UCINCa, Alojamento Materno Mãe Nutriz, Espaço Mãe Diarista e nos grupos realizados pela terapia ocupacional. A Observação Participante era realizada principalmente quando surgia alguma questão nas entrevistas, por exemplo, uma mãe relatou que era difícil fazer repouso, pois quando ligavam da UTI chamando para amamentar o bebê ela saía correndo, A partir desse relato quis observar como era a rotina dentro da UTI quando as enfermeiras ligavam, e como era no alojamento, quando as mães recebiam as ligações.

Antes de iniciar a coleta de dados, foram realizadas estratégias de aproximação com os atores envolvidos – com as mulheres e com os profissionais. Desse modo, quando iniciei a Observação Participante, eu já estava familiarizada com o ambiente e eles com a minha presença. No início, alguns profissionais estranhavam a minha permanência no ambiente hospitalar, mas, após as estratégias de aproximação que desenvolvi, eles mudavam o tom e os olhares. Uma dessas estratégias, sobre a qual irei discorrer melhor mais adiante, foi um lanche coletivo, durante o qual, ao lancharmos, debati a minha pesquisa com eles. Assim, um profissional que havia participado das estratégias comentou: “Essa é a do lanche, que vai estudar aqui”. Com as mulheres acompanhantes, também não tive dificuldade, tendo em vista já ter realizado estratégias de aproximação. A rotatividade na internação ou nos acompanhantes não é grande, assim, devido ao longo período de internação dos filhos, sempre havia uma mulher que já tinha participado do grupo.

2.3.2 Entrevista Semiestruturada

As entrevistas foram realizadas por meio de perguntas norteadoras, em um questionário semiestruturado. Para Minayo (2001), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de

campo. É por meio dela que o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. No caso desse trabalho, os atores sociais foram as mães acompanhantes dos filhos internados nas Unidades Neonatais e os profissionais que ali trabalham.

Foram entrevistadas mulheres que estavam acompanhando a internação dos filhos nas diferentes Unidades Neonatais, todas as mulheres entrevistadas permaneciam determinado período no hospital e estavam de alta hospitalar, ou seja, não estavam internadas no hospital. Com as mulheres que estavam no Espaço Mãe Diarista e no Alojamento Materno Mãe Nutriz, eu costumava realizar a entrevista fora desses espaços, em um ambiente mais tranquilo, e, já com as mulheres que estavam na UCINCa, eu realizava na própria unidade, pois a mulher era a cuidadora primária do filho e esse não podia sair da enfermaria.

Com os profissionais, realizei as entrevistas na copa da Unidade Neonatal, um ambiente mais tranquilo do que dentro das unidades, ao mesmo tempo estavam próximos das unidades caso surgisse alguma demanda.

Para Boni e Quaresma (2005), a entrevista deve oferecer ao pesquisado bem-estar para que ele possa falar sem constrangimento de sua vida e de seus problemas. Após a transcrição das entrevistas e do registro da observação, foi realizada a substituição dos nomes dos participantes do estudo para lhes garantir o anonimato. Às mães foram atribuídos nomes de flores e aos profissionais nomes de pedras.

Perguntas norteadoras para as acompanhantes dos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais:

1. Me conte como foi sua gravidez (quando descobriu, rede de apoio, número consultas pré-natal, intercorrências etc.).
2. Como tem sido sua trajetória deste que você internou (por quais unidades você passou, quanto tempo permaneceu internada, se foi transferida etc.).
3. Como você percebe a internação do seu bebê? Como você participa?
4. Quem esteve com você nesse período?

Perguntas norteadoras para os profissionais das Unidades Neonatais:

1. Me conte como é a trajetória do recém-nascido que precisa ser internado nas Unidades Neonatais?
2. Me conte como é a trajetória da acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais?
3. Me conte como é a participação da acompanhante no cuidado do recém-nascido

internado?

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

As gravações das entrevistas foram realizadas com o gravador de voz pessoal da pesquisadora e as transcrições foram feitas após a realização delas. O diário de campo foi mantido com anotações sobre o espaço e interações observadas e, também, foi objeto da análise de conteúdo.

Para análise e interpretação dos dados, elegeu-se a análise de conteúdo proposta por Minayo (2007), que é realizado em três fases: 1) pré-análise ou “leitura flutuante” – se inicia pela leitura das falas, de forma a explorar o conteúdo da coleta de dados e tomar conhecimento desse material, realizando inúmeras leituras; 2) exploração do material, fase na qual ele deve ser organizado e categorizado; 3) tratamento dos resultados, em que o conteúdo é analisado e interpretado pelo pesquisador através de suas categorias. Os dados obtidos foram, então, organizados e analisados por meio de técnicas de análise do conteúdo, que se baseiam em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias (Bardin, 2011).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A participação na pesquisa foi realizada após convite e esclarecimentos aos sujeitos sobre os objetivos e etapas da pesquisa. Após o aceite, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em duas vias com todas as informações necessárias sobre a pesquisa.

O projeto respeitou os critérios éticos propostos pela Universidade de Brasília que se ampara na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS) (Anexo A) (CAAE: 54657916.3.0000.0030) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em

Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (Anexo B) (CAAE: 54657916.3.3001.5553).

A participação foi pautada pela livre e espontânea vontade, os dados fornecidos foram mantidos em sigilo e o participante pode recusar-se a participar a qualquer momento, sendo que esta recusa não implicou nenhum comprometimento nem para a mãe/familiar/recém-nascido internado, nem para o profissional.

2.6 CENÁRIO DA PESQUISA: O HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA

O HRC é considerado um dos maiores hospitais do Distrito Federal, conta com serviço de urgência/emergência, traumatologia, pediatria, maternidade, neonatologia e serviço ambulatorial. O serviço de Neonatologia foi criado para atender uma demanda crescente da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, não suprimida por outros hospitais. Uma ala do hospital foi adaptada para receber a estrutura da Neonatologia em 2004, e, desde então, a unidade passou por algumas reformas para se adequar às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o funcionamento de uma Unidade de Neonatologia.

O serviço de Neonatologia dispõe de 34 leitos de Unidades Neonatais, sendo 8 leitos de UTIN, 20 leitos de UCINCo e 6 UCINCa (Quadro 1). O serviço ainda conta com dois espaços para a permanência das mulheres acompanhantes dos filhos recém-nascidos: Mãe Diarista e Mãe Nutriz (Quadro 2) e um Ambulatório para acompanhamento após a alta hospitalar do recém-nascido que estava internado na Neonatologia.

Na UTIN, permanecem os recém-nascidos em condição crítica de vida, considerada unidade de alto risco; na UCINCo, permanecem os recém-nascidos estáveis, mas que requerem ainda algum cuidado para manutenção da vida, dividida em Médio e Baixo Risco. A UCINCa recebe os recém-nascidos para ganho de peso. O ambulatório acompanha os bebês que receberam alta das Unidades Neonatais.

O serviço de Neonatologia dispõe de dois espaços, Mãe Nutriz e Mãe Diarista, para a permanência das mulheres acompanhantes dos filhos internados. O Espaço Mãe Diarista é um corredor com 4 cadeiras destinadas às mulheres mães dos recém-nascidos que estão com os filhos internados na UTIN, e o Espaço Mãe Nutriz é um alojamento com 11 camas, sendo 4 beliches, destinadas às mulheres mães dos bebês que estão internados na UCINCo (Quadro 2).

A maioria da população atendida pelo serviço de Neonatologia do HRC vem da maternidade do próprio hospital ou vem transferida de hospitais do interior do Goiás.

A Neonatologia conta com uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

Quadro 1 – Perfil das Unidades Neonatais

Unidade Neonatal	Capacidade	Perfil
UTIN	8 leitos	Recém-nascidos em condição crítica de vida.
UCINCo	20 leitos	Recém-nascidos em condição estável, mas que requerem ainda algum cuidado para manutenção da vida.
UCINCa	6 leitos	Recém-nascidos em condição estável para ganho de peso.

Fonte: Elaborada pela autora.

Quadro 2 – Perfil dos espaços destinados às mulheres acompanhantes

Espaço	Capacidade	Perfil
Mãe Diarista	4 cadeiras	Mulheres mães dos bebês que estão internados na UTIN.
Mãe Nutriz	11 camas	Mulheres mães dos bebês que estão internados na UCINCo.
UCINCa	6 camas	Mulheres mães dos bebês que podem permanecer na mesma unidade do filho.

Fonte: Elaborada pela autora.

2.7 ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO AO CAMPO

Antes de iniciar a pesquisa, foram desenvolvidas algumas estratégias, descritas a seguir, para a aproximação ao campo de pesquisa. Essas estratégias tinham como objetivo apresentar o projeto de pesquisa para os profissionais das Unidades Neonatais do HRC e para os familiares que acompanhavam os filhos nas Unidades Neonatais. Como se trata de uma pesquisa qualitativa, com realização de Entrevistas e Observação Participante, era importante que os profissionais me vissem, no papel de pesquisadora, como uma colaboradora do processo de trabalho e não uma avaliadora durante a Observação Participativa. Ao longo do processo de pesquisa, busquei estabelecer vínculos tanto com os profissionais quanto com as mulheres que estavam acompanhando a internação dos filhos, para conseguir extrair suas percepções por meio de uma interação pautada por respeito e ética em pesquisa.

2.7.1 Estratégias de aproximação com os profissionais

A aproximação do campo foi facilitada com as estratégias utilizadas. Em relação ao contato com os profissionais, foi combinado com as coordenadoras da Unidade Neonatal e da equipe de enfermagem 2 dias na semana para a apresentação da pesquisa, de forma que abrangessem os plantões dos profissionais nos dias pares e ímpares. O horário combinado foi no período vespertino, quando a rotina das Unidades Neonatais é mais tranquila.

Marcamos na copa da Unidade Neonatal para a apresentação do projeto, no horário em que a equipe tem costume de realizar o lanche (Quadro 3). A apresentação foi realizada em 2 períodos seguidos, de forma que metade da equipe saía para lanche e conversar sobre o projeto enquanto a outra metade mantinha-se na assistência e em seguida havia o revezamento.

No início do plantão, a coordenadora da enfermagem passou pelas unidades convidando a equipe para a apresentação do projeto e para o lanche. Cinco minutos antes do início da apresentação ela passou novamente e dividiu a equipe, marcando quem iria no primeiro horário e quem iria no segundo. A divulgação e a organização da coordenadora da enfermagem foram essenciais para a realização da apresentação.

Iniciamos a apresentação contextualizando do projeto de pesquisa de doutorado, o qual está vinculado à Faculdade Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB). A apresentação do projeto durou aproximadamente 12 minutos, depois foi destinado um tempo para perguntas. A apresentação foi enxuta, pois os profissionais estavam em serviço e tínhamos o interesse em dedicar um tempo considerável para ouvi-los.

Os profissionais apresentaram muitas queixas em relação ao sistema de saúde, à secretaria de saúde do Distrito Federal, falta e rotatividade de profissionais, à escassez de materiais básicos para a assistência, ao grande número de mães adolescentes reincidentes nas Unidades Neonatais, ao desconhecimento dos familiares em relação à gravidade do estado clínico do filho internado. Apesar da maioria das queixas não estarem relacionadas à pesquisa em si, acolhemos, entretanto, pontuamos qual era o nosso objetivo, como a pesquisa.

Aos poucos os profissionais compreenderam a proposta e direcionaram as questões para o foco da pesquisa. Mas ainda assim, os profissionais me viam como solucionadora das questões que envolviam as mulheres acompanhantes dos filhos internados. Reforcei sempre que meu papel era o de investigadora, estudante “do problema de pesquisa”.

Ao todo participaram 50 profissionais nos dois dias (4 apresentações, 2 por dia), com a

presença de pelo menos um profissional de cada categoria: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, secretárias, profissionais da higienização. Consideramos todos esses profissionais envolvidos direta ou indiretamente na trajetória do acompanhamento do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais.

Utilizamos o lanche coletivo como estratégia para reunir os profissionais, sendo que, para otimizar o tempo, as pessoas comiam durante a apresentação. Foram oferecidos salgados, bolos, biscoitos, café, sucos e refrigerantes. A comida tem um papel importante na reunião de pessoas, promovendo um clima descontraído e acolhedor (Mintz, 2001). Os custos do lanche foram financiados pela pesquisadora.

Todos os profissionais que participaram do lanche estavam no momento do intervalo de horário de trabalho, dessa forma não comprometemos a organização do serviço nem a organização pessoal dos profissionais.

Realizamos 2 apresentações por dia, de forma a revezar a equipe que estava prestando assistência. Cada apresentação sobre o projeto durou aproximadamente 12 minutos e cerca de 23 minutos para o esclarecimento de dúvidas. Uma média de 30 minutos por lanche. Após esse período os profissionais voltavam para o campo de trabalho. Alguns, entretanto, permaneceram por mais tempo para conversar em particular sobre a pesquisa. Ao final agradeceram o lanche, a escolha da unidade para a pesquisa e colocaram-se à disposição para o que precisássemos.

Essa estratégia foi um facilitador para a entrada no campo, pois é importante que os profissionais me vejam como colaboradora do processo de trabalho. Após cada dia de apresentação, a eu realizava o registro em um diário de campo. Durante o período de coleta não tive problema com os profissionais

2.7.2 Estratégia de aproximação com os acompanhantes e familiares

A princípio, a estratégia com os acompanhantes e familiares foi um grupo de acolhimento. Conversando com a equipe identificamos que o acompanhamento da internação do recém-nascido é realizado apenas pela mãe. O pai não é considerado visita, mas tem acesso as Unidades Neonatais no período das 8h às 20h. Outros familiares podem visitar o recém-nascido no período da tarde. No entanto, devido a um surto de uma bactéria, as visitas

estiveram suspensas durante grande período da coleta de dados.

A terapeuta ocupacional do serviço sugeriu, como uma estratégia de aproximação às mulheres que permaneciam acompanhando a internação dos filhos, realizar um grupo de lazer e um grupo de orientação. Dessa forma, foi planejada a realização de grupos, a partir das demandas das mulheres, para a aproximação do contexto vivenciado por elas, para a criação de vínculo, para melhor realização da Observação Participante e para a realização das entrevistas.

As mulheres dos espaços Mãe Nutriz e as Mães Diaristas sugeriram grupos de lazer, já que estavam estressadas com a situação vivida do filho em permanência na internação. A partir dessa demanda, foi planejado um Bingo. Elas se organizavam em trazer brindes, além daqueles levados pela pesquisadora. Foi agendado um melhor horário para a realização da atividade, considerando a rotina nos cuidados com o bebê, retirada de leite, passagem de notícia do médico quanto ao estado clínico dos bebês, banho etc.

No dia e horário marcados, as mulheres já estavam aguardando a pesquisadora para o Bingo na unidade Mãe Nutriz. Participaram mulheres de ambos os espaços: Mãe Nutriz e Mãe Diarista. Mesmo as mulheres que não estavam no dia em que combinamos a realização do Bingo, sabiam da atividade, pois as outras mulheres haviam repassado essas informações. Foi interessante a forma pela qual interagiram para que todas soubessem da atividade e a forma que se organizaram para poderem participar, antecipando ações como a de tomar banho, pois ao final do Bingo já seria hora de irem para as Unidades realizar cuidados com o bebê ou receber notícia do médico.

O Bingo aconteceu da forma tradicional, com distribuição de cartelas e canetas para marcar os números. Antes de iniciar o sorteio dos números, as mulheres se apresentaram de forma breve, contando um pouco de sua história e do seu bebê internado. Combinamos as regras do jogo, quais seriam os critérios para surgir o ganhador: preenchimento completo da cartela, situações de empate etc. Em seguida, deu-se início ao jogo. As mulheres interagiram entre si e com a pesquisadora em um clima descontraído, favorecendo a criação de vínculo e os próximos contatos para a realização das entrevistas. O grupo de lazer tem esse papel de interação entre os participantes e criação de vínculo (Scochi *et al.*, 2003; Dittz *et al.*, 2006).

Muitas mulheres relataram que o Bingo foi um momento de lazer que não tinham durante a permanência no hospital e que até esqueceram que estavam vivenciando um momento difícil com o filho. Após a realização do Bingo, ao longo da semana, foram realizadas entrevistas com as mulheres.

As mulheres da UCINCa sugeriram Grupos de Orientação, pois a alta de seus bebês

estava próxima e havia algumas dúvidas. Devido à característica da unidade, os bebês permaneciam junto com suas mães e requeriam cuidado em tempo integral, o Grupo de Orientação foi planejado em 2 momentos: uma dinâmica inicial e o esclarecimento das dúvidas, de forma que toda a atividade não ultrapassasse 30 minutos.

O grupo foi iniciado com uma dinâmica: apresentação e um breve relato da trajetória da internação; levei imagens e cartazes para esse momento, o que acabou sendo um momento de descontração e lembrança de todo o período de internação dos bebês. Em seguida, abrimos o espaço para questões e esclarecimento de dúvidas. Quando havia mais de uma questão, elegíamos em consenso com as mulheres qual a questão seria discutida no grupo, devido ao curto tempo, enquanto as outras dúvidas eram encaminhadas aos profissionais da UCINCa, que responderiam em outro momento.

As dúvidas que mais aparecem foram: “diferença entre idade corrigida e idade de vida”, “posso sair (passear no shopping, ir ao supermercado etc.) com meu bebê após a alta?”, “Meu filho vai ter desenvolvimento normal?”, “O que fazer para estimular o desenvolvimento do meu bebê?”.

Durante os esclarecimentos da dúvida, que era a explicação de uma questão pontual, as mulheres interagiram entre si e com a pesquisadora, favorecendo a criação de vínculo. A questão era discutida entre o grupo, de forma a valorizar os saberes e vivências entre as mulheres, sendo feitas ponderações pela pesquisadora. Muitas relataram o Grupo de Orientação como um momento de aprendizagem, mas também que elas interagem com outras mulheres que estava vivendo situação semelhante com o filho.

Após a realização do Grupo de Orientação, foram realizadas entrevistas com cada mulher da unidade, de forma separada, isso porque devido à rotatividade da unidade, muitas vezes os filhos recebiam alta no dia seguinte do grupo.

O Bingo e o Grupo de Orientação foram estratégias criadas a partir das demandas das mulheres para aproximá-las da pesquisadora (Quadro 3), propiciando a criação de vínculo, favorecendo, assim, a realização das entrevistas. Foi um momento rico de interação entre as mulheres, em alguns momentos inclusive de interação entre os profissionais que entravam na unidade durante a realização do grupo, de observação do cotidiano delas. Após a realização de cada Bingo e cada Grupo de Orientação, a pesquisadora realizava o registro em um diário de campo.

Público	Estratégia
Profissionais UTIN / UCINCo/ UCINCa	-Apresentação aos profissionais da pesquisadora pela coordenadora da unidade, -Café da tarde e apresentação pesquisa em 2 horários -Duração: 2 dias.
Mulheres dos espaços Mãe Diarista e Mãe Nutriz	-Apresentação da pesquisadora por uma profissional com vínculo com as mulheres, no caso a terapeuta ocupacional do serviço. -Realização Bingo Semanal. -Duração: 3 semanas
Mulheres da UCINCa	-Apresentação da pesquisadora por uma profissional com vínculo com as mulheres, no caso a terapeuta ocupacional do serviço. -Realização Grupo de orientação semanal -Duração: 4 semanas

Fonte: Elaborada pela autora.

As estratégias de aproximação: café da tarde com a apresentação do projeto para os profissionais; os grupos de Bingo com as mulheres Diaristas e Nutrizes, e os Grupos de Orientação com as mulheres da UCINCa favoreceram a entrada no campo e o contato com os atores envolvidos.

2.8 PERFIL DA POPULAÇÃO

Participaram da pesquisa 17 mulheres que estavam acompanhando os filhos internados nas Unidades Neonatais, sendo que 9 mulheres estavam acompanhando os filhos internados na UTIN e UCINCo e 8 mulheres que estavam acompanhando os filhos internados na UCINCa. As mulheres entrevistadas eram residentes do Distrito Federal e entorno do estado de Goiás, estavam no hospital há, no mínimo, 20 dias acompanhando seus filhos, e a média de idade foi de 25,5 anos (Quadro 4).

Quadro 4 – Perfil das mulheres/mães acompanhantes entrevistadas

	Nome fictício	Local coleta	Tempo internação total em Unidades Neonatais	Profissão	Escolaridade	Idade
1	Azaleia	Mãe Nutriz/ Diarista	33 dias	Do lar	ensino fundamental	23 anos
2	Begônia	Mãe Nutriz/ Diarista	24 dias	Cabeleireira	ensino fundamental	34 anos
3	Camélia	Mãe Nutriz/ Diarista	20 dias	Vendedora	ensino médio	28 anos
4	Dália	Mãe Nutriz/ Diarista	50 dias	Do lar	ensino fundamental	30 anos
5	Flor de lótus	Mãe Nutriz/ Diarista	48 dias	Estudante	ensino fundamental	19 anos
6	Girassol	Mãe Nutriz/ Diarista	15 dias	Do lar	ensino fundamental	24 anos
7	Hibisco	Mãe Nutriz/ Diarista	37 dias	Costureira	ensino fundamental	32 anos
8	Hortênci	Mãe Nutriz/ Diarista	38 dias	Vendedora	ensino superior	26 anos
9	Jasmim	Mãe Nutriz/ Diarista	27 dias	Profesora	ensino médio	40 anos
10	Lírio	UCINCa	58 dias	Do lar	ensino fundamental	19 anos
11	Margarida	UCINCa	68 dias	Professora	ensino médio	29 anos
12	Orquídea	UCINCa	35 dias	Vendedora	ensino médio	21 anos
13	Rosa	UCINCa	73 dias	Do lar	ensino fundamental	30 anos
14	Tulipa	UCINCa	27 dias	Do lar	ensino fundamental	18 anos
15	Lavanda	UCINCa	54 dias	Auxiliar de cozinha	ensino fundamental	19 anos
16	Sempre viva	UCINCa	36 dias	Do lar	ensino fundamental	21 anos
17	Violeta	UCINCa	41 dias	Do lar	ensino fundamental	22 anos

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram entrevistados 12 profissionais, sendo que havia representatividade de pelo menos 1 de cada categoria profissional: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e técnico em enfermagem (Quadro 5).

Quadro 5 – Perfil dos profissionais entrevistados

	Nomes fictícios (Pedras)	Tempo Neo	Categoria
1	Alexandriata	5 anos	Fisioterapeuta

(Continua)

(Continuação)

	Nomes fictícios (Pedras)	Tempo Neo	Categoria
2	Ametista	5 anos	Técnica de Enfermagem
3	Aquamarine	1 ano	Enfermeira
4	Esmeralda	2 anos	Enfermeira (Gestora)
5	Granada	12 anos	Enfermeira
6	Jade	1 ano	Fisioterapeuta
7	Opala	5 anos	Técnica de Enfermagem
8	Turmalina	1 anos	Terapeuta Ocupacional
9	Perola	3 anos	Fonoaudiólogas
10	Peridoto	14 anos	Enfermeira
11	Rubi	7 anos	Fisioterapeuta
12	Safira	5 anos	Médica Gestora

Fonte: Elaborada pela autora.

3 ALOJAMENTO MATERNO: UM ESPAÇO PARA O ACOLHIMENTO DE MÃES ACOMPANHANTES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NAS UNIDADES NEONATAIS⁵

Rooming mothers: welcome place for the reception of accompanying mothers of newborns hospitalized in the Neonatal Units

Resumo

Objetivo: Sugerir uma diretriz de Alojamento Materno para mães acompanhantes de recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) em Brasília, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de observação participante e entrevistas com mães acompanhantes de recém-nascidos internados em Unidades Neonatais e de profissionais atuantes nas Unidades Neonatais. Para análise dos dados, utilizou-se Análise de Conteúdo. Esse trabalho faz parte da pesquisa de doutorado “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, aprovada pelo Comitê de Ética. **Resultados:** Foram realizadas 29 entrevistas, sendo 17 com mães de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais do HRC e 12 com profissionais. A partir da análise das entrevistas, foi sistematizada uma diretriz para o Alojamento Materno (AM). O AM é um espaço de acolhimento no período em que a mãe não está visitando o filho dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). É um local onde ela pode se alimentar, descansar, tomar banho, lavar roupa e receber o atendimento da equipe multiprofissional. **Conclusões:** O direito da mãe ao acompanhamento do filho é assegurado por diversas legislações, no entanto, é importante a criação de estratégias que efetivem a concretização desse direito. Esse trabalho foi o primeiro passo para a estruturação da diretriz do Alojamento Materno.

Palavras-chave: Alojamento conjunto. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Relações mãe-filho.

Objective: To suggest a Maternal Accommodation guideline for accompanying mothers of newborns admitted to Neonatal Units. **Methods:** qualitative research conducted at Ceilândia Regional Hospital in Brasilia, Brazil. Data were obtained through participant observation

⁵Artigo enviado para a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, em setembro de 2019.

*and interview with accompanying mothers of newborns hospitalized in Neonatal Units of the hospital and professionals working in Neonatal Units. For data analysis we used content analysis. This work is part of the doctoral research “The family's perception regarding the preparation for premature newborn discharge”, approved by the Ethics Committee. Results: 33 interviews were conducted, 22 of which were mothers of newborns admitted to the Neonatal Units of CRH and 11 professionals. From the analysis of the interviews, a guideline for Maternal Housing (MH) was systematized. The breastfeeding is a welcoming space in the period when the mother is not visiting the child within the neonatal ICU and NICU. It is a place where she can feed, rest, bathe, do some laundry, receive care from the multiprofessional team. **Conclusions:** The mother's right to accompany her child is ensured by various legislations, however, it is important to create strategies that effectively realize this right. This work was the first step in structuring a Maternal Housing guideline.*

Key words: *Rooming-In Care. Intensive Care Units. Mother-Child Relations.*

Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente¹ assegura o direito de acompanhamento por um dos pais e/ou responsáveis durante a internação da criança.

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as Unidades Neonatais de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.¹

Esse direito ao acompanhamento da internação também é respaldado pela Política do Método Canguru². Segundo o método:

O processo inicia-se no acolhimento da família dentro da UTI neonatal, propiciando condições facilitadoras para a mãe permanecer junto ao recém-nascido e iniciar o contato pele a pele precoce, os cuidados com o filho, a extração manual de seu leite e a alimentação do recém-nascido.²

A Portaria nº 930, de 2012, do Ministério da Saúde³ estabelece:

Art. 8º Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral.³

No entanto, não se tem uma norma que oriente como deve ser a organização dessa área física de alojamento às mães do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Durante a pesquisa para o doutorado “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, foi identificada a importância de um espaço que acolhesse as mães e que permitisse a elas acompanhar os filhos internados nas Unidades Neonatais. E, a partir desse resultado, surgiu a necessidade de descrever como seria esse espaço para acolhimento dessas mães. Este artigo tem como objetivo sugerir uma diretriz para o Alojamento Materno destinado ao acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais.

Métodos

A sugestão da diretriz foi baseada nos dados levantados na pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS) (CAAE: 54657916.3.0000.0030) e pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF) (CAAE: 54657916.3.3001.5553). O projeto respeitou os critérios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com profissionais e mães de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), em Brasília. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise dos dados. Todos os participantes foram convidados e esclarecidos sobre a pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, com todas as informações necessárias sobre a pesquisa. A participação foi de livre e espontânea vontade, sendo que a recusa não implicou nenhum comprometimento nem para mãe/familiar/bebê internado e nem para o profissional.

O critério de inclusão para as mães foi que estivessem acompanhando a internação do filho prematuro em uma das Unidades Neonatais do HRC, e o critério de exclusão foi mães que o filho tivesse ido a óbito no momento da entrevista. O critério de inclusão para os profissionais entrevistados foi que eles fossem lotados em uma das Unidades Neonatais do HRC e atuassem nessas unidades nos últimos seis meses.

A Observação Participante foi realizada no Espaço Mãe Nutriz, acompanhando o cotidiano das mães que ali estavam. Ao final de cada observação, foi realizado um registro no

diário de campo. A Observação Participante possibilita obter uma perspectiva holística e natural do contexto a ser estudado⁴, proporcionando um contato estreito entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado⁵.

Os dados levantados nas entrevistas foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, que foi dividida em três fases: a primeira, que é a pré-análise ou “leitura flutuante” para tomar conhecimento desse material, realizando inúmeras leituras; em seguida, foi realizada a exploração do material, o qual foi organizado e categorizado; e, por último, o tratamento dos resultados, em que o conteúdo foi analisado e interpretado pelo pesquisador através de suas categorias.⁶

A partir dos achados relacionados ao Alojamento Materno nas entrevistas com as mães e os profissionais e da Observação Participante, estruturou-se a diretriz do Alojamento Materno para o acolhimento de mães acompanhantes de bebês internados em Unidades Neonatais.

Resultados

Foram realizadas 29 entrevistas, sendo 17 com mães de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais do HRC e 12 com profissionais atuantes nas Unidades Neonatais do HRC no período de agosto de 2016 até janeiro de 2017. As mães entrevistadas estavam no alojamento materno há pelo menos 20 dias acompanhando e a média de idade era de 25,5 anos. As categorias profissionais entrevistadas foram: 4 enfermeiras, 2 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogas, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional e 1 médico.

O HRC disponibiliza um alojamento chamado Mãe Nutriz para acolhimento às mães que estão com o filho internado na UTIN e na UCINCo. O espaço do alojamento conta com 11 camas, sendo 4 beliches, um banheiro e uma pequena área com tanque. Nesse espaço, a mãe pode permanecer em período integral, participa de grupos realizados pela equipe multiprofissional da Neonatologia do HRC e tem direito a 6 refeições diárias oferecidas pelo hospital.

Nas entrevistas realizadas, as mães relataram a vivência de estar no espaço Mãe Nutriz e acompanhar a internação do filho. Tanto nas entrevistas realizadas com as mães e quanto com os profissionais, os participantes apontaram a importância do espaço Mãe Nutriz para a permanência das mães no acompanhamento do filho internado. Os dados coletados revelaram que essa permanência era a possibilidade que a mãe tinha de ficar junto ao filho, extrair o leite – amamentar, acompanhar a evolução clínica e aprender a realizar cuidados com o filho.

A partir dos achados em campo, foram elencados pontos que eram importantes

considerar no Alojamento Materno para a permanência das mães, como: estrutura física, acesso às Unidades Neonatais, acompanhamento pela equipe multiprofissional e participação nos cuidados do recém-nascido.

Discussão

A partir dos dados da pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, foi realizada uma discussão e estruturada a diretriz do AM. A discussão será dividida em duas partes: os dados da pesquisa sobre o Alojamento Materno e, em seguida, a apresentação da Diretriz, dividida por artigos, parágrafos, incisos e alíneas.

A importância da presença da mãe junto ao recém-nascido é reconhecida por diversos estudos, tendo repercussões nas reações emocionais da mãe e do filho em longo prazo. Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente¹ e a Portaria nº 930³ asseguram o direito de acompanhamento por mãe e/ou responsável durante a internação do recém-nascido. No entanto, o fato de existir uma legislação que assegure o direito de acompanhar a internação não garante que a mãe e/ou responsável conseguirá acompanhar quando não são oferecidas condições para a sua efetividade, como um espaço para permanência e alimentação por exemplo. Assim, além de legislações que garantam o direito ao acesso e acompanhamento, é importante a criação de um Alojamento Materno para que as mães possam ter condição efetiva de acompanhar a internação do filho nas Unidades Neonatais.

É importante diferenciar o Alojamento Materno do Alojamento Conjunto. O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido permanecem juntos na mesma enfermaria, em tempo integral, até a alta⁷. Já no Alojamento Materno, apenas a mãe permanece enquanto o bebê está internado nas Unidades Neonatais, como UTIN e UCINCo. O Alojamento Materno é um espaço de acolhimento no período em que a mãe não está visitando o filho dentro da UTIN e UCINCo e em que ela pode se alimentar, descansar, tomar banho, lavar alguma roupa e receber o atendimento da equipe multiprofissional^{8,9,10,11,12}.

A UTIN e UCINCo são unidades com um grande aparato tecnológico, em que os recém-nascidos estão em risco de morte, instáveis ou em um processo de recuperação³. Nessas unidades não é possível a mãe permanecer em período integral. Normalmente, ao lado do leito da UTIN e UCINCo, tem uma cadeira ou uma poltrona para que a mãe permaneça por períodos curtos. Portanto, enquanto o bebê está se recuperando na UTIN e UCINCo, a mãe está no Alojamento Materno, tendo oportunidade de visitá-lo, realizar alguns cuidados, como

passar dieta, fazer canguru, até que o bebê tenha condições clínicas para ir para enfermarias onde a mãe possa permanecer ao seu lado, como no Alojamento Conjunto, que no Método Canguru recebe o nome de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)¹³.

O Método Canguru é uma política pública, que apoia o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que ao nascer necessitam de internação hospitalar¹³. O Método é dividido em 3 etapas. A primeira etapa tem início no pré-natal, com a identificação de situação de risco que indique a necessidade de cuidados especializados para a gestante, os quais podem ou não acarretar a internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal. A segunda etapa ocorre na UCINCa, em que a mãe permanece na mesma unidade do filho e assume a maior parte dos cuidados com a criança. A terceira etapa inicia-se com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o recém-nascido e sua família no espaço extra-hospitalar.¹³

Segundo o Manual de Diretrizes do Cuidado do Método Canguru, na primeira etapa a preocupação maior é facilitar a aproximação da família com o recém-nascido, incluindo a oferta de refeições durante sua permanência no hospital e a oferta de um espaço adequado que permita descanso¹³, ou seja, o Alojamento Materno.

Dittz, Madeira e Duarte (2004)⁸ relatam a experiência do Alojamento Materno como uma estratégia de humanização da assistência ao recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. Assim, segundo essas autoras, o Alojamento Materno tem como finalidade aperfeiçoar e ampliar a assistência oferecida ao recém-nascido, visando:

favorecer ações voltadas à integralidade da assistência ao recém-nascido; incentivar e manter o aleitamento materno; promover e fortalecer uma rede de proteção social para os recém-nascidos em tratamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) envolvendo suas famílias; reduzir o período de internação do recém-nascido na UTIN; empoderar a mulher/família como cuidadores e na tomada de decisões relativas à condição de saúde do filho; possibilitar que a informação sobre a assistência e a evolução clínica do recém-nascido seja compartilhada com a família; preparar a mãe/família para cuidar do filho após a alta, com maior segurança; favorecer relacionamentos colaborativos e solidários entre as mulheres.

Durante a pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, realizada no HRC, todas as mães entrevistadas relataram que era inviável acompanhar a internação do filho se não fosse o Alojamento Materno Mãe Nutriz, devido à distância entre o hospital e sua residência, à organização com a logística de ir até o hospital, aos custos com transporte, à alimentação e ao fato de estarem mais debilitadas no período do pós-parto imediato. Segundo as mães entrevistadas, só foi possível acompanhar o filho de forma integral devido ao alojamento oferecido pelo hospital.

Um ponto importante a se considerar é que a maioria das mães que acompanham a internação dos filhos nas Unidades Neonatais estão no puerpério, quando ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações biológicas e psíquica^{14,15}. Pode ser dividido em três intervalos: imediato (que seria do 1º ao 10º dia após o parto; tardio (11º ao 45º dia após o parto) e remoto (a partir do 45º dia após o parto)¹⁶. Assim, na maioria das vezes, a mãe que acompanha a internação do filho nas Unidades Neonatais se encontra no pós-parto imediato, ainda com sangramento, e algumas no pós-cirúrgico de uma cesariana. É interessante que o Alojamento Materno tenha uma estrutura para repouso, banheiros e que esse espaço não seja muito distante das Unidades Neonatais, para facilitar o deslocamento quando as mães forem visitar os filhos.

O aleitamento materno foi um destaque em todas as entrevistas, os profissionais e as mães entrevistadas relataram a importância da permanência no alojamento para a manutenção do aleitamento materno. O leite materno tem papel fundamental na recuperação do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. Prematuros e bebês de baixo peso que recebem o leite materno durante a internação apresentam menor tempo de internação hospitalar, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas, aumento de sobrevida e melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico em relação àqueles amamentados com leite industrializado¹⁷. No estudo realizado por Paiva *et al.* (2013)¹⁸, a Casa da Mamãe, que é uma espécie de Alojamento Materno, constitui um equipamento social de relevância, que permitiu a aproximação da mãe com o recém-nascido hospitalizado e favoreceu a prática do aleitamento materno.

No Alojamento Materno, as mães convivem com outras mulheres que vivenciam a mesma situação: ter um filho internado em uma Unidade Neonatal. As mães entrevistadas relataram o quanto era importante partilharem essa situação com outras mães. Segundo o trabalho de Dittz *et al.* (2008)⁹, a permanência no Alojamento Materno faz a mãe conviver com outras situações de vida além da sua, assim, ela se identifica também com o sofrimento da outra mãe, uma vez que compartilham a situação de hospitalização de seus filhos.

A interação entre as mães e com os profissionais que atuam na Neonatologia também foi identificada na pesquisa como uma fonte de apoio para as mães. Elas relatam que os profissionais acolhem, orientam e as inserem nos cuidados com o filho. O apoio que os profissionais oferecem à mãe é fundamental para que ela possa desempenhar o seu papel de acompanhante e realizar o cuidado com filho internado^{19,20,21}. O suporte dos profissionais aos familiares pode trazer maior tranquilidade num momento permeado por angústias, medos e tristezas, aumentando o sentimento de segurança.^{22,23}

Em relação aos custos de manter a mãe acompanhando a internação do filho, Cypriano e Fisberg (1990)²⁴ comprovam a diminuição dos índices de infecção e redução dos custos e dos dias de internação com a hospitalização conjunta. No estudo de Rodrigues e Araújo⁶, o acompanhamento integral da mãe durante a internação do filho está associado à recuperação do estado clínico do bebê em menor tempo e ganho de peso mais rápido.

A seguir será apresentada a Diretriz do Alojamento Materno construída a partir dos dados colhidos na pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, e baseada na diretriz na Portaria nº 2.068 de 21, de outubro de 2016, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto.

Diretriz do Alojamento Materno

Considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990; as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru, Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007; **a Portaria nº 930, de 2012, do Ministério da Saúde**; e a necessidade de organização e melhoria da qualidade da atenção oferecida ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e à mãe ou acompanhante do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sugere:

Artigo 1. Entende-se por Alojamento Materno (AM) o espaço destinado à permanência, preferencialmente, da mãe do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais: incluindo Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidades de Cuidados Intermediários. O AM é um espaço que possibilita às mães de recém-nascido internado nas Unidades Neonatais condições de repouso, alimentação e acompanhamento da internação do filho nas Unidades Neonatais. Na impossibilidade de a mãe acompanhar a internação, um familiar ou responsável pela internação de recém-nascido internado nas Unidades Neonatais poderá permanecer no Alojamento Materno, desde consentido pela equipe de Neonatologia;

Artigo 2. Assim, a permanência da mãe no Alojamento Materno tem como objetivo:

- I – Favorecer e fortalecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho;
- II – Fortalecer uma rede de proteção social para os recém-nascidos internados na UTIN envolvendo suas famílias;

III – Favorecer o estabelecimento efetivo do aleitamento materno de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, respeitando as características individuais e estimulando a extração manual do leite, a manutenção da produção de leite e a alimentação do recém-nascido;

IV – Propiciar ao acompanhante a observação e os cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação com a equipe e o acompanhamento da evolução clínica do bebê;

V – Fortalecer os cuidados com o recém-nascido, de acordo com a condição clínica, e a inserção gradativa em cuidados como: extrair o leite, passagem da dieta, posicionamento canguru, troca de fralda e banho;

V – Propiciar o contato da mãe/acompanhante com a equipe multiprofissional, de forma a receber notícias sobre a evolução clínica do recém-nascido, acolhimento, suporte psicológico e suporte para a realização dos cuidados com o recém-nascido e participar de grupos de orientação e de aconselhamento sobre planejamento familiar;

VI – Reduzir o período de internação do recém-nascido na UTIN; e empoderar a mãe/família como cuidadores e na tomada de decisões relativas à condição de saúde do filho;

VII – Preparar a mãe/família para cuidar do filho após a alta, com maior segurança.

Artigo 3. Será considerado acompanhante para permanecer no Alojamento Materno, preferencialmente, a mãe de recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. A mãe que permanece no AM não terá vínculo hospitalar como paciente, deverá estar em bom estado geral de saúde, em alta hospitalar, cabendo realizar o acompanhamento do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais, e deverá respeitar as normas previamente definidas pelo hospital.

Artigo 4. Cabe ao serviço de saúde oferecer condições para que a mãe/acompanhante possa receber as notícias diárias do bebê e realizar cuidados à medida que o recém-nascido apresente evolução clínica.

Artigo 5. A pessoa que acompanhará a internação do recém-nascido poderá revezar com outras pessoas ao longo da internação.

Artigo 6. O Alojamento Materno contará com os recursos humanos dos profissionais que prestam assistência nas Unidades Neonatais: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos,

psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros. Cabe a esses profissionais:

- I – Realizar o acolhimento da mãe e ou do acompanhante que for permanecer no AM;
- II – Promover e orientar sobre aleitamento materno, extração manual de leite, banco de leite e possíveis complicações, como mamas ingurgitadas;
- III – Orientar a mulher sobre o direito de visitar seu filho na Unidade Neonatal a qualquer momento, e esclarecer que os pais não são considerados como visita e têm acesso 24 horas às Unidades Neonatais. Orientar que o recém-nascido internado nas unidades Neonatais poderá receber visita de familiares, conforme as normas estabelecidas pelo hospital;
- IV – Estimular e facilitar a presença do pai para visitar o filho nas Unidades Neonatais, sem restrição de horário, inclusive de genitor socioafetivo;
- V – Oferecer à mulher orientações relativas ao acompanhamento nas Unidades Neonatais, à lavagem de mãos e ao posicionamento canguru;
- VI – Apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido, à medida que houver uma estabilidade clínica do recém-nascido internado;
- VII – Orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe considerar oportuno e prazeroso;
- VIII – Identificar e enfatizar os recursos disponíveis, como revisão de pós-parto, registro do bebê, planejamento familiar e licença maternidade;
- IX – Realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:
 - a) orientar sobre prematuridade e evolução clínica do bebê;
 - b) desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, à prematuridade, entre outros;
 - c) oferecer orientações quanto aos cuidados durante a internação, pós-alta hospitalar e continuidade no cuidado, terceira etapa do Método Canguru.
- X - O profissional que realizar o acolhimento à mulher deve estar atento aos sinais de alerta para complicações no período do puerpério, tais como sinais de sofrimento psíquico e depressão pós-parto;

Artigo 7. O AM terá 2 profissionais como referência nas questões relacionadas à gestão do Alojamento Materno.

Artigo 8. Recursos físicos: o Alojamento Materno contará com os seguintes recursos físicos:

- I – O quarto deve ser um ambiente destinado à permanência de mães com banheiro anexo; de acordo com as normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- II – Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso;
- III – Uma minicozinha e uma lavanderia devem estar anexas ao Alojamento Materno.

Artigo 9. O AM deve estar dentro do complexo hospitalar onde se encontra as Unidades Neonatais, preferencialmente a uma distância máxima de 150 metros.

Artigo 10. Aconselhável que o Alojamento Materno disponha dos seguintes equipamentos:

- I – Camas de solteiro. Como a maioria das mães acompanhantes estão no período do pós-parto imediato não é aconselhado o uso de bicamas. Caso seja necessário, devido à limitação do espaço físico, que o uso de bicamas não ultrapasse 20% da disponibilidade de vagas;
- II – Uma sala de estar com televisão, mesa com cadeiras e poltronas;
- III – A minicozinha equipada com geladeira, micro-ondas, pia e armário com utensílios básicos.
- IV – Uma área de lavanderia contendo tanque e varal, para lavagem de roupas quando necessário para uso das mães;
- V – Armários para uso individual das mães;
- VI – O hospital deve disponibilizar para a mãe que permanecer no Alojamento Materno todas as refeições diárias.

Artigo 11. O Alojamento Materno é um espaço de permanência apenas para mães e/ou acompanhantes dos bebês internados nas Unidades Neonatais, não sendo permitida a presença de outros familiares e visitantes.

Artigo 12. Sugere-se que o valor da permanência do acompanhante, incluindo os gastos na manutenção do AM e refeições, seja acrescido na diária de internação do recém-nascido nas Unidades Neonatais.

Artigo 13. O AM deve oferecer a mesma disponibilidade de vagas para acolhimento das mães das vagas para internação de recém-nascido nas Unidades Neonatais.

Conclusão

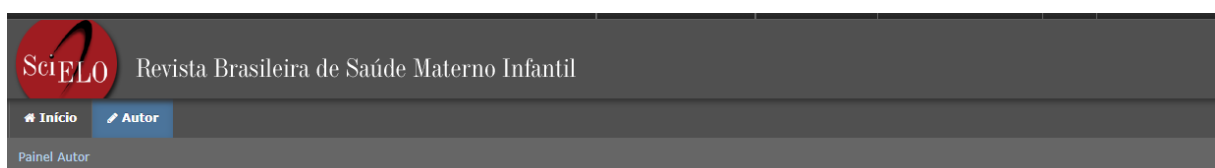
O direito ao acompanhamento é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Política do Método Canguru, já existindo, portanto, um consenso dos benefícios da permanência da mãe no acompanhamento do recém-nascido internado. No entanto, é importante a criação de estratégias que assegurem a concretização desse direito, favorecendo a permanência da mãe no acompanhamento da internação do filho nas Unidades Neonatais. Essa diretriz tem como proposta sistematizar a prática do acolhimento às mães oferecido por meio do Alojamento Materno. Ela foi baseada nos resultados da pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro” e no levantamento bibliográfico. Este trabalho foi o primeiro passo para a estruturação de uma diretriz de Alojamento Materno, mais estudos serão necessários após a implementação da diretriz para futuros ajustes de acordo com a realidade de cada hospital.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 115 p. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf?sequence=1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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). [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Portaria-GM-MS-n%C2%BA1.020-do-dia-29-de-maio-de-2013.pdf>
4. Mónico LS, Alferes VR, Castro PA, Parreira PM. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. Atas – Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Atas CIAIQ2017. 2017; v. 3.

5. Nogueira-Martins MCF, Bógus MC. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13: 4457.
6. Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 79-108.
7. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: 2016. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27204912_PORTARIA_N_2068_DE_21_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx
8. Dittz ES, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. *REME Rev. Min. Enferm.* 2004; 8 (4): 490-4.
9. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2008; 8 (1), 75-81.
10. Araújo BMA. Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais **[dissertação]**. Rio Janeiro: Universidade do Estado do Rio Janeiro; 2007.
11. Araujo BBM, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc. Anna Nery.* 2010; 14 (2): 284-92.
12. Araujo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev. Esc. EnFerm. USP.* 2010; 44 (4): 865-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 84 p. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
15. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2015; 19 (1).
16. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery.* 2010; 14 (1): 83-9.

17. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2010; 15: 572-7.
18. Paiva CVA, Saburido KAL, Vasconcelos MN, Silva MAM. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. Rev. Min. Enferm. 2013 out/dez; 17 (4): 924-93.
19. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CS, Silva JH. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Esc Anna Nery 2019; 23 (1).
20. Nascimento TF, Avila MAG, Bocchi SCM. Do sofrimento à resignação: experiência materna com recém-nascido em fototerapia na abordagem Grounded Theory. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2018; 18 (1): 153-161.
21. Silva LJ, Leite JL, Silva TP, Silva IR, Mourão PP, Gomes TM. Desafios gerenciais para boas práticas do Método Canguru na UTI Neonatal. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018; 71(suppl 6): 2948-56.
22. Manzo BF, Costa ACL, Silva MD, Jardim DMB, Costa LO. Perspectiva materna da separação mãe-bebê no pós-parto imediato. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2018; 18 (3): 509-515.
23. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Enferm. UERJ. 2014; 22 (4): 551-7.
24. Cypriano MS, Fisberg M. Mãe-participante: benefícios e barreiras. Jornal de Pediatria. 1990; 66 (4/5): 92-7.



Painel Autor

- 1 Manuscritos submetidos >
- 1 Manuscritos com decisões >
- [Iniciar nova Submissão](#) >
- [Instruções herdadas](#) >
- [5 e-mails mais recentes](#) >

Manuscritos submetidos

STATUS	ID	TÍTULO	CRIADO	SUBMETIDO
ADM: Lima, Natall	RBSMI-2019-0345	Alojamento Materno: um espaço para o acolhimento de mães acompanhantes de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais Visualizar submissão	02-set-2019	05-set-2019
• Aguardando decisão do EC		Carta de apresentação		
• Aguardando seleção de avaliador				

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Qualis Interdisciplinar B1

ISSN 1519-3829 *versão impressa*

ISSN 1806-9304 *versão online*

4 A TRAJETÓRIA DA MÃE ACOMPANHANTE DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NAS UNIDADES NEONATAIS

Resumo

O processo de hospitalização acarreta repercussões e impactos variados sobre o paciente e sua família. Estudos reconhecem a importância da presença dos pais no hospital durante a internação dos filhos. **Objetivo:** Descrever e fazer uma análise da trajetória do familiar acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa na qual os acompanhantes de recém-nascidos prematuros foram entrevistados a respeito de acompanhamento da internação. Todas as mães que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, com todas as informações necessárias sobre a pesquisa. **Resultados/Discussão:** Foram realizadas 17 entrevistas com mulheres, mães de recém-nascidos, idade média era de 25 anos, que acompanhavam a internação do filho em período integral. Os espaços Mãe Diarista, Mãe Nutriz e UCINCa são disponibilizados apenas para a mulher que esteja com o filho internado em uma das Unidades Neonatais. **Conclusões:** O Hospital Regional de Ceilândia (HRC) segue a Política de Humanização do Método Canguru, favorecendo a permanência da acompanhante durante a internação do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais. A trajetória da mulher durante a internação do filho recém-nascido está diretamente relacionada à Unidade Neonatal em que o bebê está internado. Dessa forma, a participação da mãe no cuidado do filho aumenta gradativamente. A disponibilidade de vagas oferecidas pelo HRC nos espaços para a permanência da acompanhante está aquém do número de leitos nas Unidades Neonatais. Mais estudos seriam importantes para se discutir a estrutura dos espaços oferecidos durante a internação.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Relações Mãe-Filho. Método Canguru.

Introdução

O processo de hospitalização acarreta repercussões e impactos variados sobre o paciente e sua família (Davim *et al.*, 2009). A internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um evento atribulador, que provoca estresse e insegurança nos familiares

devido à condição de vulnerabilidade de sua saúde (Santos *et al.*, 2012; Shah *et al.*, 2011; Hynan *et al.*, 2013). Durante toda a internação do recém-nascido, os familiares são estimulados a estarem presentes. Estudos reconhecem a importância da presença dos pais no hospital durante a internação dos filhos e a importância do envolvimento dos pais no processo de saúde-doença-cuidado (Molina; Marcon, 2009).

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com o recém-nascido e a sua família (Brasil, 2017). O Método é dividido em 3 etapas e promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A primeira etapa tem início durante o pré-natal da gestação de risco, seguido da internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. A segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, na qual o recém-nascido permanece de maneira contínua com sua mãe. A terceira etapa é o acompanhamento do recém-nascido após a alta hospitalar (Brasil, 2018).

A trajetória é uma maneira singular de percorrer o espaço social onde se exprimem as disposições do *habitus* e reconstitui a série das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (Bourdieu, 1996). Entrelaçando o itinerário e a vivência, experiência dos sujeitos, a categoria de trajetória permite marcar esse percurso vivido, transformador dos sujeitos.

Este artigo tem como objetivo descrever e fazer uma análise da trajetória do familiar acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais sob o ponto de vista subjetivo dos espaços destinados aos familiares que acompanham a internação dos filhos nas Unidades Neonatais de um hospital público do Distrito Federal.

Métodos

Este trabalho é um recorte da pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS) (CAAE: 54657916.3.0000.0030) e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF) (CAAE: 54657916.3.3001.5553). O projeto respeitou os critérios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

A pesquisa foi realizada com mulheres mães de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia, em Brasília. O HRC foi criado em 1981 para

atender a demanda da região administrativa e do entorno e hoje é considerado um dos maiores hospitais do Distrito Federal, tem cerca 400 partos por mês. O serviço de Neonatologia é referência em Brasília e hoje disponibiliza 34 leitos, sendo 8 na UTIN, 20 leitos na UCINCo e 6 leitos na UCINCa.

As mulheres foram convidadas e esclarecidas sobre a pesquisa, todas que aceitaram participar assinaram o TCLE, em duas vias, com todas as informações necessárias. A participação foi de livre e espontânea vontade, sendo que a recusa não implicou nenhum comprometimento. Foi realizada uma entrevista semiestruturada sobre a permanência no acompanhamento da internação do filho nas Unidades Neonatais. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise dos dados.

O critério de inclusão foi familiares que estivessem acompanhando a internação do filho prematuro em uma das Unidades Neonatais do HRC, e o critério de exclusão foi familiares que o filho tivesse ido a óbito antes da entrevista. Os dados levantados nas entrevistas foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo foi dividida em três fases: a primeira, que é a Pré-análise ou “leitura flutuante”, para tomar conhecimento desse material, realizando inúmeras leituras; em seguida, foi realizada a Exploração do material, na qual foi organizado e categorizado; e, por último, o Tratamento dos resultados, a partir do qual o conteúdo foi analisado e interpretado pelo pesquisador através de suas categorias (GOMES, 1993).

Resultados

Foram realizadas 17 entrevistas com mulheres mães de recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais do HRC. As mães entrevistadas tinham idade média de 25 anos e estavam acompanhando a internação do filho em período integral.

O HRC disponibiliza os espaços denominados Mãe Diarista e Mãe Nutriz para que a mãe possa permanecer acompanhando a internação do filho. O Espaço Mãe Diarista fica no corredor da maternidade do hospital, delimitado por biombos. Foi um espaço improvisado para a permanência das mulheres com filhos internados nas Unidades Neonatais, lá elas podem permanecer durante o dia, no período de 8h as 20h. Nesse corredor adaptado, foram colocadas 4 cadeiras reclináveis e as mães que lá estão têm direito a 5 refeições oferecidas pelo hospital. O Espaço Mãe Nutriz é uma espécie de alojamento materno, conta com 11 camas, sendo 4 beliches, um banheiro e uma pequena área com tanque. Nesse espaço, a mãe pode permanecer em período integral, inclusive dormir, e tem direito a 6 refeições diárias

oferecidas pelo hospital. Tanto no Espaço Mãe Diarista quanto no Mãe Nutriz, as mulheres podem comparecer todos os horários para oferecer a dieta do bebê ou amamentá-lo, além de participarem de grupos realizados pela equipe multiprofissional.

Existe, ainda, um terceiro espaço no qual as mulheres podem permanecer, que é Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, segunda etapa do método Canguru. É uma unidade que possui 6 leitos para mãe e bebê. Nesse espaço permanecem bebês que estão estáveis clinicamente, em ganho de peso e em nutrição enteral plena (seio materno e/ou sonda). A mãe permanece junto ao filho na UCINCa, ela realiza os cuidados como passagem de dieta/amamentação, realiza as trocas de fraldas, banho e se prepara para a alta hospitalar do filho, que é a terceira etapa do método canguru.

Os espaços Mãe Diarista, Mãe Nutriz e UCINCa são disponibilizados apenas para a mulher que esteja com o filho internado em uma das Unidades Neonatais.

Discussão

Durante as entrevistas realizadas, as mulheres relataram sobre a permanência no acompanhamento da internação dos filhos nas Unidades Neonatais e o cotidiano no hospital. A partir da Análise do Conteúdo, foram identificadas 4 categorias: Descrição dos espaços, Identificação das mães pelo espaço em que elas permanecem, Percepção da mãe em relação aos espaços e Ajustes realizados para conseguirem acompanhar aos filhos.

Descrição dos espaços

O HRC segue a Portaria nº 930, de 2012, que divide as Unidades Neonatais no âmbito do SUS de acordo com as necessidades do cuidado:

I – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

II – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), podendo ser:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Para cada Unidade Neonatal em que recém-nascido está internado, o HRC disponibiliza um espaço para a mulher permanecer acompanhando a internação do filho. Enquanto o bebê está internado na UTIN, as mulheres podem permanecer no Espaço Mãe Diarista. Quando os bebês apresentam uma melhora clínica e são transferidos para a UCINCo, as mulheres podem permanecer em período integral no Espaço Mãe Nutriz. E quando os bebês recebem alta da

UCINCo, são encaminhados para a UCINca. O espaço disponibilizado para a mãe acompanhante vai depender da Unidade Neonatal em que o bebê está internado.

Quando meu bebê nasceu levaram para a UTI neo, a enfermeira me explicou que eu ia ficar na maternidade e depois da alta podia ficar na Mãe Diarista, e quando meu bebê saísse da UTI neo e fosse para a UCINCo eu poderia ficar na Mãe Nutriz. (Hortência, mãe 8).

O Espaço Mãe Diarista fica no corredor da maternidade do hospital, separado por biombos. Foi um espaço improvisado para a permanência das mães que estavam com os bebês internados nas Unidades Neonatais. Na Mãe Diarista, as mães podem permanecer durante o período das 8h às 20h. Esse espaço é só para a permanência nesse intervalo de tempo, exigindo que elas voltem para casa para dormir e retornem ao hospital no dia seguinte. Nesse corredor adaptado, foram colocadas 4 cadeiras reclináveis. No Espaço Mãe Diarista, a maioria das mulheres está no pós-parto imediato e acabou de receber alta da maternidade.

No Espaço Mãe Diarista, as mulheres têm direito a 5 refeições diárias, podem participar de grupos realizados pela equipe multiprofissional e são acompanhadas pelas equipes de psicologia, serviço social e terapia ocupacional. As mulheres acompanham a internação do filho, recebem notícias da equipe médica em relação ao estado clínico de seus filhos, realizam a extração manual de leite materno (beira leito), e, quando é possível, dependendo da estabilidade clínica do bebê, realizam alguns cuidados como trocar fralda e posicionar no contato pele a pele.

O Manual Técnico do Método Canguru (Brasil, 2018) orienta que, enquanto o recém-nascido estiver internado na UTIN e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, o hospital deverá promover o livre e precoce acesso, bem como a permanência dos pais na Unidade Neonatal, sem restrições de horário; garantindo à puérpera a permanência na unidade hospitalar e oferecendo o suporte assistencial necessário.

O Espaço Mãe Nutriz é uma enfermaria da pediatria adaptada para ser um alojamento materno, fica no andar abaixo das Unidades Neonatais. Esse espaço conta com 11 camas (sendo 4 beliches), um banheiro com chuveiro e um tanque de lavar roupa. Nesse espaço as mulheres podem permanecer durante às 24 horas do dia; a prioridade de permanência é para as mães cujos bebês estão internados na UCINCo, bebês que demandam maior volume de leite ou que já estão em seio materno e as mulheres que moram longe do hospital. Todas as mulheres são acompanhadas por psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional, que também realiza grupos de atividades, lazer e orientação.

A Portaria nº 930, de 2012, do Ministério da Saúde estabelece no artigo 8º:

Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral.

Assim como no Espaço Mãe Diarista, o Espaço Mãe Nutriz é destinado apenas às mães. Na impossibilidade de a mulher permanecer no hospital, outro familiar não pode ficar para acompanhar a internação do bebê, nem mesmo o pai ou a avó.

Na UCINCa, as mulheres têm direito a 6 refeições diárias, que são realizadas na própria unidade, continuam sendo acompanhadas pela equipe multiprofissional e podem participar de grupos. Nessa unidade, intensifica-se a preparação para a alta hospitalar. As mulheres têm autonomia para cuidar dos filhos como se estivessem em casa.

Os espaços Mãe Diarista, Mãe Nutriz e UCINCa são destinados apenas para a permanência da mãe no acompanhamento do filho internado nas Unidades Neonatais. Na impossibilidade de a mãe permanecer, outro familiar não pode estar/permanecer nessa unidade. Isso limita a participação da família no cuidado, ainda mais porque muitas vezes as puérperas também estão internadas em decorrência de complicações gestacionais ou do parto.

O número de vagas nos espaços em que as mães podem permanecer é inferior ao número de leitos das Unidades Neonatais. Por exemplo, a UTIN tem capacidade para 8 leitos, o Espaço Mãe Diarista tem 4 cadeiras, as UCINCo têm 20 leitos e o Espaço Mãe Nutriz tem 11 camas. Apenas na UCINCa o número de leitos é equivalente, mas é critério dessa unidade que a mãe permaneça de forma integral para que o bebê possa, então, permanecer na UCINCa.

Identificação das mães pelo espaço no qual elas permanecem

A trajetória da mulher acompanhante do filho internado depende de em qual Unidade Neonatal o recém-nascido está. Enquanto o bebê permanece internado na UTIN, a mãe pode permanecer no Espaço Mãe Diarista para acompanhá-lo. Quando o filho está internado na UCINCo, a mãe pode permanecer no Espaço Mãe Nutriz. E quando o bebê está na UCINCa, a mãe permanece na mesma unidade.

Um fato que chamou a atenção nas entrevistas é como as mães se nomeavam pela unidade em que permaneciam no hospital. Elas não se nomeavam pelo seu nome ou como mãe do filho que estava internado, e, sim, apelidavam-se pelo espaço em que estavam

permanecendo naquele momento, revelando uma identidade atrelada à trajetória no hospital à qual estão associados sentimentos de maternidade, de pertencimento e de cuidado.

Eu sou mãe nutriz, quando eu era mãe diarista eu... (Jasmim, Mãe 9).
Eu sou mãe nutriz... (Girassol, Mãe 6).

Quando o filho nasce, a mulher assume um novo papel ocupacional que vai se constituindo gradativamente. Esse novo papel está vinculado à chegada do bebê, quando a mulher deixa de ser apenas filha, esposa ou estudante para agora também ser mãe.

Para Ciampa (1984), a identidade é um processo que é construído através da atividade do indivíduo e não existe uma identidade dada pela natureza. Assim, Friedman (1992) entende a identidade como um processo contínuo de produção de si mesmo, composto a partir da rede de relações que se estabelece entre o indivíduo e o mundo. As mulheres que estão acompanhando a internação do filho constroem a identidade a partir da representatividade do que é acompanhar a internação do filho.

A internação do filho nas Unidades Neonatais pode ter diversas representatividades, dependendo da unidade na qual ele está. Acompanhar a internação de um filho na UTIN é diferente de acompanhar a internação na UCINCa.

Meu sonho é ser mãe canguru, não vejo a hora de estar do lado da minha filha. (Flor de lótus, Mãe 5).

Ser “Mãe Canguru” significa que o filho está na UCINCa. O sonho de ser “Mãe Canguru” está associado a toda a representatividade que isso traz: o bebê ter estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250 g (Brasil, 2018), ou seja, critérios para o bebê estar na UCINCa. O sonho dessa mãe é que o seu filho tenha as condições clínicas para estar na UCINCa, conseqüentemente ela estará.

Durante a pesquisa, foi possível observar que as mulheres criam uma identificação que está relacionada para além do fato de ser mãe, mas à identificação de ser mãe de uma criança internada e suas características clínicas. Ser “Mãe Canguru” representa ser mãe de uma criança que está na UCINCa, que está clinicamente bem, próximo de receber alta para ir para casa.

Percepção das mães sobre os espaços

O HRC disponibiliza 3 espaços diferentes para as mães permanecerem acompanhando os filhos: Espaço Diarista, Espaço Mãe Nutriz e UCINCa. A percepção muda de acordo com

cada espaço em que as mulheres estão. O Espaço Mãe Diarista é o local a que elas têm maior resistência.

E aí quando eu vi que ela (enfermeira) ia me dar alta (da maternidade), eu saía. Toda vez que ele (médico) vinha me dar alta eu ia pra UTI neonatal... Eu fugia do médico e da enfermeira, igual diabo foge da cruz (risos). Estando na maternidade eu podia ver meu bebê a hora que quisesse, mas se recebesse alta, aí já era, ia ter que ficar só durante o dia e naquelas cadeiras duras. (Sempre Viva, Mãe 16).

Essa mãe relatou que estava internada na maternidade e que o filho estava internado na UTIN. Quando foi visitá-lo, conversou com outras mães e descobriu que, ao receber alta da maternidade, não poderia mais permanecer em tempo integral no hospital, pois teria que ir para o Espaço Mãe Diarista e dormir em casa. Ela comentou que, como estava no pós-parto, era difícil se locomover, além de não ter condições financeiras para se deslocar diariamente de casa para o hospital. Por isso, ela saía antes que o médico ou a enfermeira passasse pela unidade, como uma forma de adiar a alta. Foi a estratégia encontrada para conseguir permanecer acompanhando o filho.

Molina e Marcon (2009) discutem que, no contexto hospitalar, é muito frequente a figura materna acompanhando a internação do filho. Para esses autores, as mães nutrem um intenso desejo de cuidar do filho durante a internação, como uma estratégia de transmitir seu amor, aumentar vínculo mãe-filho e minimizar o sentimento de culpa, muitas vezes presente durante o adoecimento da criança.

Nas entrevistas, foi possível observar o desejo das mulheres em permanecer acompanhando a internação do filho de maneira integral, mesmo o filho estando na UTIN.

(...) eu conversei com a assistente social e ela queria que eu ficasse como Mãe Diarista, Deus me livre disso!!! Porque eu acho que você não consegue ficar a madrugada e deixar seu filho aqui (...). (Lírio, Mãe 10).

Quando a alta materna não está associada à alta do filho recém-nascido, pode provocar na mãe medo, insegurança e dor, pois a vontade da mãe de levar o filho para casa após o nascimento está presente desde a gestação, acompanhando sonhos e fantasias. Dessa forma, as mães sentem-se inseguras e preocupadas, mesmo entendendo a necessidade clínica da hospitalização (Lara; Kind, 2014).

A resistência em permanecer no Espaço Mãe Diarista se dá principalmente pelo fato da mãe não permanecer em período integral, mas também devido à estrutura física do espaço: “as cadeiras estão quebradas, num dá pra descansar ali de jeito nenhum, eu fico com dó das meninas, a gente era 6 e 4 cadeiras, a gente revezava sabe, pra não se cansar, eu achei assim

um pouco ruim” (Flor de lótus, Mãe 5).

É importante considerar que as mulheres estão no pós-parto imediato quando vão para o Espaço Mãe Diarista, algumas ainda se recuperando de cirurgia cesariana e complicações decorrentes da gestação e do parto. O espaço é improvisado e não oferece conforto adequado para as mulheres.

O Espaço Mãe Nutriz oferece a possibilidade de a mãe permanecer durante 24h com o bebê, realizando os cuidados, extraíndo leite materno ou amamentando e estando de forma mais constante.

Na Mãe Nutriz, a mãe fica aqui em tempo integral, ela dá as dietas do dia e as dietas da madrugada, os cuidados do dia e os cuidados da madrugada. Assim, você fica integralmente com o seu filho. (Begônia, Mãe 2).

Foi interessante observar que, nas entrevistas, independente da unidade em que o bebê estava internado, todas as mães almejavam ir para a UCINCa. É como se fosse um *status* ou uma posição social a ser alcançada. Isso pode estar relacionado à característica da unidade: é o momento da internação em que os bebês estão estáveis e mais próximos da alta hospitalar. Também é uma unidade onde a mãe permanece 24 horas ao lado do bebê e definitivamente assume todos os cuidados do filho.

A médica falou: - Mãezinha, você vai para o Canguru (UCINCa). Aí eu quase soltei o menino e falei “É sério doutora?”, ela falou: sério!! Eu disse, sério mesmo? ela falou sério, você vai pra mãe canguru. Eu fiquei muito feliz, porque eu acho que não tem preço a gente ficar do lado do filho da gente né! Dormir, acordar tudo mais, amamentar! (Azaleia, Mãe 1).
Tô esperando isso (ir para UCINCa) há um tempão. Desde quando ela nasceu eu estou esperando isso. Óh, foi assim etapas, né. Ela nasceu e tudo que eu esperava era ela sair do tubo, depois que ela saiu do tubo, tudo que eu esperava era ela sair de lá (UTI neo), e de lá pra cá (UCINCa). (Flor de lótus, Mãe 5).

A melhora do bebê está relacionada não apenas ao aumento da participação da mãe nos cuidados e de sua permanência no hospital, mas também se são oferecidas condições adequadas nos espaços físicos destinados a essas mulheres.

Ajustes realizados para conseguirem acompanhar os filhos

Ao longo da pesquisa, foi possível observar que as mulheres criam estratégias para que consigam acompanhar a internação do filho. Essas estratégias foram observadas ainda quando estavam internadas na maternidade.

Eu queria muito ficar pertinho da minha filha, aí falava com o médico que estava sentindo dor, tonteira, só para ele não me dá alta. Eu sabia que não tinha vaga na Mãe Nutriz, então se recebesse alta eu ia ter que ir para casa. (Orquídea, Mãe 12).

Essa mãe estava internada na maternidade e o filho estava internado na UTIN, a enfermeira da UTIN explicou que, apesar de ela morar longe, não tinha vaga na Mãe Nutriz, mas que, de um dia para outro, poderia surgir vaga. Por isso, segundo o relato dela, ela tentava adiar a alta para permanecer mais tempo internada na maternidade e conseqüentemente acompanhando a internação do filho.

Para permanecer acompanhando a internação do filho, foi possível observar que as mulheres realizam diversos arranjos: que envolvem a articulação com outros filhos, com o marido e com outros familiares. O período de hospitalização permite aos pais que busquem identificar aqueles sujeitos que se destacam como mais significativos e capazes de contribuir para a sua nova rotina (Sousa *et al.*, 2008). “...Mandeí meu menino para ficar com minha mãe, ela leva ele na escola, dá comida, cuida, enquanto eu posso ficar o dia todo aqui. Pelo menos sei que está sendo bem cuidado.” (Rosa, Mãe 13).

Tanto a mãe que permanece acompanhando a internação tem que se adaptar às rotinas do hospital como a família também tem que se reorganizar, para apoiá-la nesse momento, tendo, normalmente, que modificar sua rotina devido à ausência dela em sua casa (Oliveira *et al.*, 2013; Dantas *et al.*, 2015).

Outro ajuste observado foi o realizado pela equipe para facilitar a permanência da mãe durante a internação do filho.

Eu vinha todo dia de 8h às 18h e ia pra casa, a 'Mãe Diarista' daqui tem direito de almoço, café da manhã, lanche e janta. Teve um certo dia que, eu vi que ela (bebê) estava ficando roxa, aí eu falei pra enfermeira, “enfermeira a minha filha não tá bem, minha filha não tá bem”, aí quando eu vi ela já tava ficando roxa, aí foi chamaram o médico, aí desde esse dia que eu fiquei no hospital, a enfermeira deu um jeito de ficar, u fiquei aqui no hospital na mãe nutriz, dormindo aqui todos os dias pra ficar mais perto dela. (Girassol, Mãe 6).

Dependendo da situação da mãe, do bebê e da disponibilidade de vagas, a equipe avalia a possibilidade da mãe de bebê internado na UTIN ficar no Espaço Mãe Nutriz.

Fui direto pra 'Mãe Nutriz', porque quando me deram alta (da maternidade) estava ainda com 13 dias de resguardo, aí eu fiquei aqui mesmo, porque como eu morava longe não tinham condições de ir e vir, por causa era muito dispendioso, as passagens “muito cara”, aí eu fiquei aqui mesmo no hospital. (Hibisco, Mãe 7).

A equipe que presta assistência ao recém-nascido internado nas Unidades Neonatais não deve restringir a assistência apenas às habilidades técnicas, mas ter a capacidade de oferecer assistência de acordo com as demandas da família, favorecendo o desenvolvimento dos seus cuidados e valorizando os contextos físicos, socioeconômicos e culturais (Souza; Oliveira, 2010).

Conclusão

O HRC segue a Política de Humanização do Método Canguru, favorecendo a permanência da acompanhante durante a internação do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais na primeira e segunda etapa do Método Canguru. No entanto, os espaços para a permanência são disponibilizados apenas para as mães dos recém-nascidos internados.

A trajetória da mulher durante a internação do filho recém-nascido está diretamente relacionada à Unidade Neonatal na qual o bebê está internado. Conseqüentemente, a participação da mãe no cuidado do filho aumenta gradativamente à medida que ele evolui clinicamente. Enquanto o bebê está na UTIN, a mãe permanece em um período máximo de 12h por dia no Espaço Mãe Diarista. Quando o bebê apresenta estabilidade clínica, é encaminhado para as UCINCo e a mãe pode permanecer durante 24h no Espaço Mãe Nutriz.

A disponibilidade de vagas oferecidas pelo HRC nos espaços para a permanência da acompanhante está aquém do número de leitos nas Unidades Neonatais. Mais estudos seriam importantes para se discutir a estrutura dos espaços oferecidos durante a internação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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. 340 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: diretrizes do cuidado** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
3. Bourdieu P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e os 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). **Saúde Legis – Sistema de Legislação de Saúde**, 2012.
5. Ciampa AC. Identidade. *In*: Lane STM, Godo W. (org.). **Psicologia Social: O homem em movimento**. São Paulo. Brasiliense, 1984. p. 58-75.
6. Dantas MM, Araújo PC, Revorêdo LS, Pereira HG, Maia EM. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: Avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta Colombiana de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 129-138, 2015.
7. Davim RMB, Enders BC, Dantas JC, Silva RAR, Nóbrega EJPB. Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Rev. RENE**, v. 10, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 2009.
8. Molina RCM, Marcon SS. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 856-64, 2009.
9. Friedman S. **A construção do personagem bom falante**. 1992. 218 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.
10. Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 79-108.
11. Hynan MT, Mounts KO, Vanderbilt DL. Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. **J Perinatol**, v. 33, n. 10, p. 748-753, 2013.
12. Lara KL, Kind L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 4, p. 575-585, 2014.
13. Oliveira K, Veronez M, Higarashi I, Corrêa D. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013.
14. Santos LM, Silva CLS, Santana RCB, Santos VEP. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 788-94, set./out. 2012.
15. Shah PE, Clements M, Poehlmann J. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. **Pediatrics**, v. 127, n. 2, p. 284-292, 2011.
16. Sousa JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco de uma Unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, v. 2, n. 2, p. 146-54, abr./jun. 2008.

17. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 551-9, jul./set. 2010.

5 A VIVÊNCIA DO PUERPÉRIO DE MULHERES QUE ACOMPANHAM A INTERNAÇÃO DOS FILHOS EM UNIDADES NEONATAIS

Resumo

Os avanços tecnológicos têm acarretado o crescimento do número de nascimento de bebês com idades gestacionais cada vez menores, que necessitam de internação logo após o nascimento. A presença materna é estimulada no acompanhamento da internação do recém-nascido prematuro, principalmente pela criação de vínculo do binômio mãe/bebê, pelo aleitamento materno e para a preparação dos cuidados após a alta hospitalar. **Objetivo:** descrever a vivência do puerpério das mulheres que acompanham a internação dos filhos nas Unidades Neonatais de um hospital público do Distrito Federal. **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas com mulheres que acompanham a internação dos filhos em Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), em Brasília. **Resultados:** 9 mulheres participaram da pesquisa, todas estavam no puerpério tardio, após o 11º dia do pós-parto até o 45º dia. A internação do recém-nascido nas Unidades Neonatais aconteceu imediatamente após o nascimento. **Conclusões:** As mulheres permanecem na maternidade até receberem alta. Após a alta hospitalar, o HRC disponibiliza um espaço para acolhimento para as mulheres que estão com os filhos internados nas Unidades Neonatais. As mulheres relatam um desgaste físico e emocional durante o período de acompanhamento. Esse estudo amplia o entendimento da mãe acompanhante de recém-nascido internado nas Unidades Neonatais.

Palavras-chave: Puerpério. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Mulher.

Introdução

A prematuridade é uma questão de Saúde Pública, os avanços tecnológicos têm acarretado o crescimento do número de nascimento de bebês com idades gestacionais cada vez menores, exigindo internação imediata em Unidades Neonatais (Avery, 2018).

A presença materna é estimulada no acompanhamento do recém-nascido de risco (Brasil, 2017), principalmente para a criação do vínculo entre o binômio mãe/bebê (Klaus, Kennell, 1993), pelo aleitamento materno (Czechowski, Fujinaga 2010), e para a preparação dos cuidados após a alta hospitalar (Griffint, Abraham, 2006), pelo cuidado dos filhos em

nossa sociedade ainda estar vinculado à mulher (Durham, 1983). Esse acompanhamento muitas vezes acontece no pós-parto imediato, em que muitas mulheres estão se recuperando de uma cirurgia. E, devido ao logo período de internação do recém-nascido prematuro, o acompanhamento da internação do filho pode se estender durante todo puerpério da mulher.

O puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação (Gonçalves, 2005). No puerpério, a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, período no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e a ocorrência de intensas alterações emocionais (Patine, Furlan; 2006).

O objetivo deste trabalho foi descrever a vivência do puerpério das mulheres que acompanham a internação dos filhos nas Unidades Neonatais de um hospital público no Distrito Federal.

Métodos

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com mulheres que acompanham a internação dos filhos em Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), em Brasília. O HRC foi criado em 1981 para atender a demanda da região administrativa e do entorno. É considerado um dos maiores hospitais do Distrito Federal, tem cerca 400 partos por mês. O serviço de Neonatologia é referência em Brasília e hoje disponibiliza 34 leitos, sendo 8 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 20 leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 6 leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

As entrevistas foram feitas a partir de um questionário semiestruturado sobre a vivência do acompanhamento da internação do filho nas Unidades Neonatais e do pós-parto. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise dos dados. Todas as participantes foram convidadas e esclarecidas sobre a pesquisa, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, com todas as informações necessárias. A participação foi de livre e espontânea vontade, sendo que a recusa não implicou nenhum comprometimento para as envolvidas.

O critério de inclusão foram mulheres que estivessem acompanhando a internação do

filho prematuro em uma das Unidades Neonatais do HRC e que estivessem no puerpério tardio (11º ao 45º dia após o parto). O critério de exclusão foi mulheres que o filho tivesse ido a óbito antes da entrevista.

Os dados levantados nas entrevistas foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, que foi dividida em três fases: a primeira, que é a pré-análise ou “leitura flutuante”, para tomar conhecimento desse material, realizando inúmeras leituras; em seguida, foi realizada a exploração do material, na qual foi organizado e categorizado; e, por último, o tratamento dos resultados, em que o conteúdo foi analisado e interpretado pelo pesquisador através de suas categorias (Bardin, 2001; Minayo, 2007).

Este trabalho é um recorte da pesquisa “A percepção da família em relação à preparação para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro”, aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS) (CAAE: 54657916.3.0000.0030) e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF) (CAAE: 54657916.3.3001.5553). O projeto respeitou os critérios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

Resultados

Foram realizadas 9 entrevistas no período de agosto de 2016 até janeiro de 2017. Todas as mulheres entrevistadas estavam no puerpério tardio, após o 11º dia do pós-parto até o 45º dia, e permaneciam no hospital acompanhando a internação do filho.

A internação do recém-nascido nas Unidades Neonatais aconteceu imediatamente após o nascimento. A depender do peso, da idade gestacional e da condição clínica, o recém-nascido foi encaminhado para a UTIN, a UCINCo ou a UCINCa. As mulheres permanecem na maternidade até receberem alta. Após a alta hospitalar, o HRC disponibiliza um espaço para acolhimento para as mulheres que estão com os filhos internados nas Unidades Neonatais.

Nas entrevistas realizadas, as mulheres relataram a vivência de acompanhar a internação do filho nas Unidades Neonatais e o seu cotidiano no hospital.

Discussão

Neste trabalho, usaremos a terminologia de mulher em vez de mãe, para dar uma conotação ampliada do papel ocupacional que não se restringe em apenas em ser mãe. A partir da análise dos discursos das mulheres entrevistadas, a discussão será apresentada por

meio de 4 categorias: Trajetória da mulher durante o puerpério, Desgaste físico e emocional, Puerpério e Cuidado com o filho.

Trajetória da mulher durante o puerpério

Para o entendimento da vivência do puerpério de mulheres que acompanham filhos recém-nascidos internados nas Unidades Neonatais, foi realizado o mapeamento da trajetória da mulher durante a internação do filho. Pelos relatos, foi identificado que a internação do recém-nascido aconteceu imediatamente após o nascimento. A depender do peso, da idade gestacional e da condição clínica, o recém-nascido pode ser encaminhado para a UTIN, a UCINCo ou a UCINCa.

Muitas vezes a mulher que tem um filho internado em uma das Unidades Neonatas pode permanecer mais tempo internada devido a complicações gestacionais, como: doenças hipertensivas, diabetes, processos infecciosos, afecções obstétricas, entre outras. Isso porque, essas enfermidades nem sempre se encerram ao nascer o bebê, a mulher pode necessitar de cuidados e até permanecer internada em UTI adulta (Costa, *et al.*, 2014). Como observado no relato de uma mulher:

Uma semana depois que ela nasceu, foi que eu fui conhecer ela, porque quando eles tiraram ela, eu estava em coma, então eu não vi ela, e depois eu só fiquei sabendo notícia dela, porque eu estava na UTI, aí quando eu cheguei aqui que eu fui conhecer ela. (Dália).

Após o parto, se a mulher não tiver intercorrência, ela permanece internada na maternidade no Alojamento Conjunto. A internação dura cerca de 24 horas se o parto foi normal e 48 horas se foi cesárea. O Alojamento Conjunto é uma enfermaria em que a mulher e o recém-nascido permanecem juntos em tempo integral, até a alta hospitalar e tem direito a um acompanhante (Brasil, 2016). Mesmo ela estando com o bebê internado em uma das Unidades Neonatais, ela é encaminhada para o Alojamento Conjunto onde outras mulheres estão se recuperando do pós-parto com seus filhos. Nas entrevistas foi possível verificar o desconforto dessa situação:

(...) foi difícil, assim que sai do bloco cirúrgico me levaram para maternidade, tinham mais duas mães no mesmo quarto que eu, elas estavam com os bebês que nasceram de nove meses, e a minha estava na UTI, eu estava sozinha sem minha filha. (Margarida, mãe 11).

Quando a mulher recebe alta hospitalar, ela pode optar por ir para a sua casa ou

permanecer no hospital para acompanhar a internação do filho. As mulheres entrevistadas optaram por permanecer no hospital para acompanhar a internação.

Quando o doutor falou que eu poderia ir para a casa, não tive coragem de ir sem meu filho. Estava morrendo de saudade da minha cama, das minhas coisas, mas não dava para ir e deixar meu filho aqui naqueles aparelhos. (Lavanda, mãe 15).

A proximidade entre a mãe e o filho muitas vezes é limitada pela necessidade de internação do bebê em Unidades Neonatais, o que pode dificultar às mulheres vivenciarem a maternidade (Fraga, *et al.*, 2019). Permanecer no hospital acompanhando a internação de filho é uma possibilidade de estar junto e experienciar a maternidade.

O hospital disponibiliza para essas mulheres dois espaços de acolhimento: Mãe diarista e Mãe Nutriz. O Espaço Mãe Nutriz é uma enfermaria adaptada para acolher as mulheres que estão com o filho internado na UTIN e UCINCo. O espaço do alojamento conta com 11 camas, sendo 4 beliches, um banheiro e uma pequena área com tanque. Nesse espaço, a mulher pode permanecer em período integral, participa de grupos realizados pela equipe multiprofissional da Neonatologia do HRC e tem direito a 6 refeições diárias oferecidas pelo hospital.

Como a capacidade do Espaço Mãe Nutriz é insuficiente para o número de mulheres que acompanham a internação dos filhos nas Unidades Neonatais, o hospital criou o Espaço Mãe Diarista. Esse espaço fica no corredor do hospital delimitado por biombos, foi improvisado para a permanência das mulheres com filhos internados nas Unidades Neonatais e lá elas podem permanecer durante o período de 8h às 20h. Esse espaço é só para a permanência nesse intervalo de tempo, exigindo que elas voltem para casa à noite. Nesse corredor adaptado, foram colocadas 4 cadeiras reclináveis e elas tem direito a 5 refeições oferecidas pelo hospital.

Os critérios que definem se a mulher vai para a Mãe Diarista ou Mãe Nutriz são: se a mulher reside em outra cidade, dieta e quadro clínico do filho. As mulheres que são de outra cidade, ou que os bebês já estejam recebendo dieta ou que apresentem uma melhora clínica com previsão de alta para o UCINCo têm prioridade para ficarem no Espaço Mãe Nutriz.

Eu queria ficar aqui (no hospital), falei com a assistente social que poderia colocar um colchão no chão, mas não tinha vaga na Mãe Nutriz, aí eu tive que ficar indo e vindo todo dia, aí eu ficava nas cadeiras lá da mãe diarista” (Violeta, Mãe 17).

Quando o bebê apresenta uma melhora clínica e é transferido da UTIN ou UCINCo para

a UCINCa, as mulheres podem permanecer em período integral com os filhos na mesma enfermaria. No HRC tem 2 enfermarias UCINCa, cada enfermaria tem 3 camas e ao lado de cada cama tem um berço onde o bebê fica. A mulher continua em alta hospitalar, mas permanece na UCINCa junto do filho para a realização dos cuidados parentais e para se preparar para a alta hospitalar do filho.

A trajetória da mulher que tem um filho internado nas Unidades Neonatais do HRC é: o Alojamento Conjunto na maternidade, quando recebe alta hospitalar, ela pode permanecer no Espaço Mãe Diarista ou Mãe Nutriz a depender da condição clínica do bebê. E, quando o filho é transferido para a UCINCa, a mulher pode permanecer na mesma unidade acompanhando a internação.

Desgaste emocional e físico

O puerpério é considerado como período de maior vulnerabilidade a intercorrências, tais como: hemorragias, infecções, intercorrências mamárias da lactação e, ainda, depressão puerperal. No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações biológicas e psíquicas (Ministério da Saúde, 2006). Pode ser dividido em três intervalos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (Vieira *et al.*, 2010).

As mulheres dos bebês internados vivenciam uma instabilidade emocional do puerpério, agravada com a internação do filho.

Eu tava quase entrando numa depressão aqui, né fiquei internada ali, então de repente do nada eu fiquei assim, tipo assim, não sei te dizer, fiquei meia boba da cabeça, que duas horas da manhã, três horas da manhã eu estava vagando aqui sozinha, eu não dormia, num tinha um horário que as médicas iam até a mim que eu estava dormindo. (Azaleia, mãe 1).

Eu acho que quando você é mãe de prematuro é mais intenso ainda né, assim você beira do amor a loucura né. (Begônia, mãe 2).

O nascimento prematuro de um bebê configura-se em um evento estressante para a família, principalmente para a mãe. No estudo de Padovani *et al.* (2009), os autores identificaram que os sintomas depressivos e de ansiedade durante a hospitalização do filho foram mais altos em mães de recém-nascidos prematuros quando comparadas com mães de recém-nascidos a termo.

Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos nas Unidades Neonatais, a mulher passa a experienciar a

separação do filho e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência (Pinelli, 2000).

Paralelamente a todos esses sentimentos, as mulheres vivenciam o luto da idealização de ter o bebê nascido a termo e ir para a casa com ele logo após a alta hospitalar da maternidade. Acrescenta-se a essa idealização a distorção da “imagem ideal” do bebê, em contraposição à imagem real do bebê prematuro (Klaus, Kennell, 1993).

O sonho quando a gente vais ser mãe, é que... Ahhh eu vou chegar aos nove meses, vou pra casa com meu bebê, vou compartilhar com a família, vai ser aquela rotina, não imagina que acontece com a gente... Então foi assim, pra mim ser mãe pela primeira vez eu passei uma coisa muito desagradável, coisa que eu não esperaria era ver ele (o filho) daquele jeito, tão pequeno. (Azaleia, mãe 1).

Eu esperava nascer grande e depois de 3 dias ir pra casa. Aí no início foi um choque muito grande. Nossa, pensando que ia ter o filho e depois de 3 dias ia pra casa. (Lirio, Mãe 10).

Além do desgaste emocional, foi observado também nos relatos das mulheres um desgaste físico:

(...) o psicológico já era, o corpo, você está de resguardo, você come mal, você dorme mal, ...os pontos doem... dá um cansaço (...). (Dália, Mãe 4).

Esse desgaste físico está relacionado ao período de recuperação do pós-parto e ao puerpério (Brasil, 2006) associado à rotina de permanecer no hospital acompanhando a internação do filho. O Espaço Mãe Nutriz, que é o espaço em que as mulheres permanecem, é uma enfermaria da pediatria adaptada para funcionar como alojamento, fica no andar abaixo das Unidades Neonatais, cerca de 150 metros da UTIN e dois lances de escadas.

A Portaria nº 930 (Brasil, 2012), do Ministério da Saúde, orienta que, para os novos hospitais que possuam também UTIN ou UCIN, é obrigatória, no projeto arquitetônico da área física, a previsão de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados nas Unidades Neonatais, para garantir condições para o acompanhamento da internação do filho. No caso do HRC, o Espaço Mãe Nutriz é uma enfermaria na Pediatria que abriga as mães dos recém-nascidos que estão internados nas Unidades Neonatais. Foi a possibilidade encontrada pelo hospital para o acolhimento, mas é relativamente distante, considerando que as mulheres vão em média 6 vezes por dia à UTIN.

Puerpério e o cuidado com o filho

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva das mulheres, é processo singular, experiência especial no universo da mulher, envolvendo também seu parceiro, suas famílias e a comunidade, constituindo experiência humana das mais significativas para todos que dela participam (Strapasson, Nedel; 2010).

Culturalmente o puerpério é o período em que a mulher se recupera do pós-parto recebendo os cuidados de outras mulheres da família e cuida do seu filho recém-nascido. No entanto, no hospital, essa realidade se transforma.

Na minha família, minha mãe sempre vai quando nasce um bebê, para fazer canja de galinha, canjica para dar leite, ajudar a curar o umbigo do bebê, mas minha mãe não veio porque o meu bebê ficou no hospital e eu também, como eu queria ter ido para a casa com meu bebê e minha mãe lá fazendo as coisas. (Jasmim, Mãe 9).

No contexto da internação do filho nas Unidades Neonatais, o cuidado prestado ao filho se difere do cuidado caso o bebê estivesse em casa. Existe uma rotina de cuidados prestados pela equipe a qual a mulher tem que se adequar, além da questão da condição clínica do recém-nascido.

Ahhh se tivesse em casa ele mamava a hora que quer... mas aqui a dieta está de três em três horas, daí a gente tem que se organizar, e tem vez que dá pra fazer canguru, aí tem que comer antes, porque tem vez q a gente entra na UTI e é tanta coisa, que nem vê o tempo passar (...). (Dália, Mãe 4).

Essa rotina de cuidado no contexto hospitalar, muitas vezes, é desgastante, sendo marcada por atividades voltadas ao cuidado com o filho, como: extrair o leite, passar a dieta, dependendo da condição clínica, amamentar, realizar o posicionamento canguru e receber a notícia médica (Antunes, *et al.*, 2014). Esses cuidados no ambiente hospitalar são diferentes dos cuidados prestados se ela estivesse em domicílio.

As mulheres se referem ao puerpério como “resguardo” ou “quarentena”, são nomes populares dados a esse período. Essas nomenclaturas remetem à vivência do puerpério pela mulher como um período de introspecção, recuperação da saúde física e abstinência sexual (Enderle, *et al.*, 2014). Durante as entrevistas, foi observado que o cuidado com o filho internado nas Unidades Neonatais acabava impedindo que essas mulheres vivessem a recuperação e o repouso culturalmente esperados no puerpério.

Minha mãe sempre falava que tinha que “guardar o resguardo”, como guardar o resguardo? Ligavam da UCI chamando, eu subia as escadas

correndo, com o coração na mão, como guarda os resguardo? (Orquídea, Mãe 12).

As mulheres relatam que não conseguiram realizar alguns cuidados específicos dos primeiros dias de vida do filho devido à condição clínica do bebê e à rotina nos cuidados das Unidades Neonatais.

Aquele início é difícil, queria ter “curado o umbigo”, mas sem chance, estava com uns aparelhos, muito grave... nem o primeiro banho ela tomou direito, a enfermeira passava o paninho. E quando o peito encheu... aí foi difícil, eu achei que ela ia mamar, que nada!! Eu que tive de tirar o leite. (Girassol, Mãe 6).

Após o nascimento, há secção e laqueação do cordão umbilical e leva uma média de 7 dias para que haja uma queda do coto remanescente. Popularmente esse cuidado, nesses 7 dias com o coto umbilical, é chamado de “curar o umbigo”. Os cuidados dedicados ao coto umbilical variam com a tradição do país e a prática instituída nas diferentes unidades de saúde (Barbosa *et al.*, 2014). Em nossa cultura, é marcante a figura de uma mulher mais velha que vem para “curar o umbigo”. Assim, a transmissão de valores culturais intergeracionais permite continuar a identidade de uma família através de um legado de rituais e mitos (Linhares *et al.*, 2012).

Conclusão

A internação do recém-nascido nas Unidades Neonatais aconteceu imediatamente após o nascimento. As mulheres permanecem na maternidade, no alojamento conjunto, até receberem alta. Após a alta hospitalar, o HRC disponibiliza um espaço para acolhimento das mulheres que estão com os filhos internados.

Acompanhar a internação do filho é um desejo das mulheres, mas esse acompanhamento acaba acarretando desgaste físico e emocional, que está relacionado tanto ao período do puerpério quanto às rotinas de cuidado do ambiente hospitalar.

Este estudo amplia o entendimento da mãe acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais, considerando o contexto vivido por essa mulher, nesse caso, o puerpério. Mais estudos serão importantes para complementar essa discussão e para o planejando de estratégias para acolhimento dessas mulheres durante o acompanhamento do filho internado.

Referências

1. Avery, GB. Perspectivas em neonatologia. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2018. 7 edição.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. 340 p.:
3. Klaus, MH; Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 329 p.
4. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 15: 572-7.
5. Griffint T, Abraham M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 2006; 20 (3): 243-9
6. Durham E. Família e reprodução humana: perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
7. Gonçalves AC. A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. In: Oliveira DL, organizadora. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005. p. 367-86.
8. Patine FS, Furlan MFFM. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13 (4): 202-8.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.
11. Costa AL, Araujo Júnior E, Lima JW, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36 (1): 29-34
12. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: 2016.
13. Fraga E, Dittz ES, Machado LG. A construção da co-ocupação materna na Unidade de

- Terapia Intensiva Neonatal. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, 2019; 27 (1): 92-104.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
 15. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc. Anna Nery*. 2010 jan./mar.;14 (1): 83-9.
 16. Padovani FHP, Carvalho AMV, Duarte G, Martinez FE, Linhares MBL. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. *Psychological Reports*. 2009; 104 (2): 667-79.
 17. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 set; 31 (3): 521-8.
 18. Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Netw*. 2000; 19 (6): 27-37.
 19. Antunes BS, Paula CC, Padoin SMM, Trojahn TC, Rodrigues AP, Tronco CS, Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. *Rev. Rene*. 2014 set-out; 15 (5): 796-803.
 20. Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun. 2013; 21 (3): [07 telas.
 21. Barbosa M, Moreira S, Ferreira S. Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência *Rev. Port. Med. Geral Fam*. 2017; 33: 41-7.
 22. Linhares EF, Silva LWS, Rodrigues VP, Araújo RT. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2012 out./dez.; 21 (4): 828-36.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RETORNOS DA PESQUISA

A construção da tese foi uma experiência rica em mergulhar por ambientes em que já havia transitado como profissional, mas tive a oportunidade de experimentar a “estranheza” e a pesquisa-ação e entender como se dá a trajetória da acompanhante do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia.

As políticas de saúde voltadas ao recém-nascido internado nas Unidades Neonatais são avanços motivados por um contexto histórico, que ampliou o olhar além do cuidado centrado na doença para um modelo biopsicossocial, considerando a família no processo de cuidado.

O acompanhamento é focado na figura materna, durante o período que pesquisei, apenas as mulheres-mães tinham o direito de permanecer acompanhando o filho. Mesmo quando essa mulher estava ausente por motivo de saúde, não havia possibilidade de outro familiar acompanhar a internação.

O acompanhamento é um direito assegurado por diversas legislações, no entanto, muitas vezes soa como um favor oferecido pelo hospital. O espaço físico do alojamento, as refeições e o atendimento multiprofissional parecem ser um “*plus*” oferecido pelo hospital e não algo vinculado ao direito de acompanhamento do filho internado nas Unidades Neonatais. Os espaços oferecidos para as mulheres durante o acompanhamento são precários, e o número de vagas são inferiores ao número de vagas das Unidades Neonatais. É reconhecido o esforço dos profissionais e da gestão para a permanência desses espaços.

As mulheres que estão acompanhando a internação dos filhos estão passando por uma condição de debilidade emocional e, também, física do pós-parto, muitas estão recuperando de intercorrências gestacionais, peri e pós-natais. Permanecer no hospital acompanhando a internação do filho requer várias articulações, como da mulher com ela mesma, devido à debilidade física e emocional, e com os diversos papéis ocupacionais que ela desempenha: mulher, mãe, esposa, estudante, trabalhadora, filha etc.

Este trabalho vem trazer contribuições no âmbito tanto da assistência quanto da gestão, ampliando o entendimento da acompanhante e de sua trajetória do acompanhamento do recém-nascido internado nas Unidades Neonatais.

Com relação aos retornos do trabalho, eles estão em capítulo de livro (Apêndice B) e nos artigos enviados, além de apresentações de trabalhos científicos, conforme detalhamento a diante.

- Apresentados em eventos/congresso:

Título: O cuidado realizado pela mãe após a alta hospitalar do recém-nascido prematuro

Evento: Encontro com a Saúde – Leiria Portugal – outubro de 2017

Título: A trajetória da mãe acompanhante do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais do Hospital Regional de Ceilândia

Evento: Semana Científica do Hospital Regional de Ceilândia – Brasília, DF – agosto de 2017

Título: A contribuição da Terapia Ocupacional no contexto de Hospitalização: Estudo Qualitativo sobre a percepção da Mãe do recém-nascido prematuro

Evento: 24º Congresso de Perinatologia – Natal, RN – 26 a 29 setembro de 2018

Título: Presença da família na Unidade Neonatal: percepção da equipe multiprofissional

Evento: Semana Científica do Hospital Regional de Ceilândia – Brasília, DF – agosto de 2018

Título: A vivência do puerpério da mulher que acompanha a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Evento: Semana Científica do Hospital Regional de Ceilândia – Brasília, DF – agosto de 2018

O próprio processo de pesquisa, baseado em uma concepção de pesquisa-ação, envolveu-se em oficinas informativas e momentos de lazer, diante da realidade extenuante em que essas mulheres se encontraram. Além disso, contrapondo-se às exposições históricas das incubadoras (tecnologias) e dos bebês prematuros, realizamos uma exposição fotográfica trazendo o vínculo dessas mães com os bebês:

- Exposição fotográfica

Título: “Entre tanto amor, o hospital”

Período: de 14/11/2018 a 10/12/2018

Local: estação de metrô de Águas Claras – Brasília, DF

Contribuição dos trechos das entrevistas na exposição (**Figura 1**).

Para essa exposição, realizamos um coquetel com as mulheres que estavam acompanhando a internação dos filhos nas Unidades Neonatais do HRC com visita à Exposição fotográfica “Entre tanto amor, o hospital” na estação de metrô de Águas Claras –

Brasília, DF. Organizei, juntamente com os profissionais da Neonatologia, uma visita das mulheres que estavam acompanhando a internação dos filhos nas Unidades Neonatais do HRC à exposição. Como a exposição foi em uma estação do metrô, elas se deslocaram do hospital à estação onde estava a exposição. Elas ficaram emocionadas em ver sua realidade retratada onde as pessoas pudessem passar e ver. Outra questão que chamou a atenção é que, apesar do metrô ser um transporte público, para muitas mulheres, era a primeira vez que andavam de metrô.

Figura 2 – Convite da Exposição



Com relação ao retorno para a serviço de saúde, fizemos:

- Apresentação dos resultados para a equipe da Neonatologia do HRC.

Marquei com a coordenação da Neonatologia do HRC para apresentar aos servidores os resultados da pesquisa. A apresentação foi realizada na copa do setor, que os servidores costumam frequentar. Ofereci um lanche e convidei cada profissional que estava de plantão

para a apresentação e o lanche coletivo. Apresentei em 2 períodos seguidos, de forma que uma metade da equipe saía para lanche e conversar sobre os resultados, enquanto a outra metade mantinha-se na assistência e, em seguida, revezavam.

- Apresentação de trabalhos na Semana Científica do Hospital Regional de Ceilândia em 2017 e 2018.

O hospital anualmente organiza uma Semana Científica para apresentação das pesquisas desenvolvidas, apresentamos em 2017 e 2018. Em 2018 recebemos duas premiações pelos trabalhos: “Presença da família na Unidade Neonatal: percepção da equipe multiprofissional” e “A vivência do puerpério da mulher que acompanha a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

Esses trabalhos foram apresentados em mesas diferentes e receberam o prêmio de melhor apresentação oral da sua respectiva mesa.

VISITA TÉCNICA EM PORTUGAL

Ao começar a aprofundar no tema, surgiu o interesse em fazer um doutorado sanduíche. Organizei, junto ao meu trabalho, um afastamento de 1 ano, parte usaria para finalizar a coleta de dados e outra parte para fazer o doutorado sanduíche no exterior. Tentei a seleção para bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), mas, como não fui selecionada, adaptei minha ida para uma visita técnica de 20 dias com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF). Articulei minha ida para a Escola Superior de Saúde de Alcoidão (ESSA), em Alcabideche, em Portugal, próximo de Lisboa. A visita técnica foi dividida em 3 momentos: acompanhamento de algumas atividades acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional, visitas a centros de referência e partilha da minha experiência na Neonatologia/doutorado com os alunos.

A visita aconteceu quando o foco do meu trabalho ainda era a preparação da família para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro internado nas Unidades Neonatais.

Em relação às atividades acadêmicas, a ESSA é referência na formação de terapeutas ocupacionais em Portugal e na Europa, conheci os laboratórios e locais de prática, participei de reuniões de colegiado, de discussão do projeto pedagógico e de estratégias metodológicas; também participei de eventos de divulgação do curso de Terapia Ocupacional em escolas

intitulado Escola Aberta. Essas atividades foram importantes para meu aprimoramento acadêmico como docente da Universidade de Brasília.

Visitei os centros de referência: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Hospital Garcia de Orta e Hospital de Dona Estefânia. O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão é referência em reabilitação física em Portugal, nessa instituição pude observar como se dá o processo de reabilitação, principalmente de crianças com limitações físicas. No Hospital Garcia de Orta, conheci o ambulatório de desenvolvimento que faz o acompanhamento após a alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Pude entender como se dá o processo de internação dessas crianças e o impacto para suas famílias. No Hospital Dona Estefânia, observei como se dá o processo de internação e reabilitação de crianças com lesões.

Finalizei a visita técnica compartilhando minha experiência na Neonatologia com os alunos do 3º ano do curso de Terapia Ocupacional da ESSA. A visita técnica foi intensa, pois, nos 20 dias, tive oportunidade de conhecer serviços e profissionais e compartilhar experiências.

REFERÊNCIAS

- Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2015; 19(1).
- Antunes BS, Paula CC, Padoin SMM, Trojahn TC, Rodrigues AP, Tronco CS, Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Rev. Rene**. 2014 set./out.; 15(5): 796-803.
- Araujo BBM, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**. 2010; 14(2): 284-92.
- Araujo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev. Esc. EnFerm. USP**. 2010; 44(4): 865-72
- Araujo BMA. Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais [**dissertação**]. Rio Janeiro: Universidade do Estado do Rio Janeiro; 2007.
- Avery GB. **Perspectivas em neonatologia**. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. 7. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2018.
- Barbosa M, Moreira S, Ferreira S. Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência **Rev. Port. Med. Geral Fam**. 2017; 33: 41-7.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. 2005 jan./jul.; 2(1/3): 68-80.
- Bourdieu P. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papius, 1996.
- Bourdieu P. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, 5 de outubro de 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde**, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Método Mãe canguru. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.473, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e | Pauline Cristine da Silva Cavalcanti et al. | 1314 Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013 de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. 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). **Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde**, 2012.

Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. **Diário Oficial da União**, 9 mar. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 115 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Método Canguru**: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 84 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No. 2068, 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**. Brasília: 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. 340 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: **Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

Caldas A, Santos R, Borges G, Valente S, Portela M, Marinho G. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no *Censo Demográfico* de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2017; 33(07).

Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UERJ**. 2014; 22(4): 551-7.

Ciampa AC. Identidade. In: Lane STM; Godo W. (org.). **Psicologia Social: O homem em movimento**. São Paulo. Brasiliense, 1984, cap. 4. p. 58-75.

Cohn A. O Estudo das *Políticas de Saúde*: implicações e fatos. In: CAMPOS GWS. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 968 p.

Correia MC. A Observação Participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. 1999; 13(2): 30-36.

Costa AL, Araujo Júnior E, Lima JW, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 2014; 36(1): 29-34.

Couto FF, Praça SN. Recém-nascido prematuro: Suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**. 2012 fev.; 65(1): 19-26.

Cypriano MS, Fisberg M. Mãe-participante: benefícios e barreiras. **Jornal de Pediatria**. 1990; 66(4/5): 92-7.

Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 2010;15: 572-7.

Damasceno NFP, Malvezzi E, Sales CM, Sales A. A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. **Interface** 22. 2018 jan./mar.; 64.

Dantas MM, Araújo PC, Revorêdo LS, Pereira HG, Maia EM. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: Avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta Colombiana de Psicologia**. 2015; 18(2): 129-138.

Davim RMB, Enders BC, Dantas JC, Silva RAR, Nóbrega EJPB. Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Rev. RENE**. 2009 jan./mar.; 10(1): 37-44.

Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford. 2003; 42(6): 578-586.

Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. The occupational therapy in the context of assistance for mother/family and interned newborn baby in the unit therapy intensive. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. 2006 jan./abr.; 17(1): 42-47.

Dittz ES, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. **REME Rev Min Enferm**. 2004; (4): 490-4.

Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2008; 8(1); 75-81.

Durham E. **Família e reprodução humana: perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013 maio/jun.; 21(3): 07.

Fraga E, Dittz ES, Machado LG. A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos. 2019; 27 (1); 92-104.

Friedman S. A construção do personagem bom falante. 1992. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.

Gohn A. O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. *In*: Campos G et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. SP: HUCITEC ED, 2011.

Goldstein AN. Family Support and Education. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**. 2013; 33(1): 139-161.

Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. *In*: Minayo MCS. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 79-108.

Gonçalves AC. A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. *In*: Oliveira DL. (org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005. p. 367-86.

Greene MM, Rossman B, Patra K, Kratovil A, Khan S, Meier PP. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit. **Acta Paediatr**. 2015 jul.; 104(7): 306-13.

Griffint T, Abraham M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**. 2006; 20(3): 243-9.

Guzmán AM. **Historia de la incubadora**. Cuba: Red. De Salud de Cuba, 2006.

Harrison H. **The premature baby book: a parent's guide to coping and caring in first years**. New York: St. Martin's, 1946

Höfling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**. 2001; XXI (55).

Hutchinson SW, Spillett MA, Cronin M. Parent's experiences during their infant's transition from neonatal intensive care unit to home: a qualitative study. **Qual Rep**. 2012; 17(11): 1-20.

Hynan MT, Mounts KO, Vanderbilt DL. Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. **J Perinatol**. 2013; 33(10): 748-753.

kegler JJ, neves ET, silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CS, Silva JH. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Esc Anna Nery**. 2019; 23(1).

Klaus MH, Kennell JH. (org.). **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 21-41.

Klossowski DG, Godói VC, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**. 2016 jan./fev.; 18(1): 137-150.

Lara KL, Kind, L Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**. 2014; 19(4): 575-585.

Linhares EF, Silva LWS, Rodrigues VP, Araújo RT. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. 2012 out./dez.; 21(4): 828.

Lusky RC. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medical Association**, Mineápolis, 1999 dez.; 82.

Maldonado MT. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229 p.

Manzo BF, Costa ACL, Silva MD, Jardim DMB, Costa LO. Perspectiva materna da separação mãe-bebê no pós-parto imediato. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2018; 18 (3): 509-515.

Mattos RA, Baptista TWF. SOBRE POLÍTICA - (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). *In*: Mattos RA, Baptista TWF. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Cap 2. p. 83.

Merky EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO ACS, GOMBERG E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: UFS; 2009. p. 29-56.

Minayo MCS. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

Mintz SW. Comida e Antropologia: Uma Breve Revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 2001; 16(47).

Molina RCM, Marcon SS. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(4): 856-64.

Mónico LS, Alferes VR, Castro PA, Parreira PM. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Atas CIAIQ2017**. 2017; 3.

- Nascimento TF, Avila MAG, Bocchi SCM. Do sofrimento à resignação: experiência materna com recém-nascido em fototerapia na abordagem Grounded Theory. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2018; 18 (1): 153-161.
- Nogueira-Martins MCF, Bógus MC. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.** 2004; 13: 4457.
- Oliveira K, Veronez M, Higarashi I, Corrêa D. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery.** 2013; 17(1): 46-53.
- Padovani FHP, Carvalho AMV, Duarte G, Martinez FE, Linhares MBL. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological Reports.** 2009; 104(2): 667-79.
- Paiva CVA, Saburido KAL, Vasconcelos MN, Silva MAM. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Rev Min Enferm.** 2013 out./dez.; 17(4): 924-93.
- Patine FS, Furlan MFFM. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. **Arq Ciênc Saúde.** 2006; 13(4): 202-8.
- Phillips-Pula L, Pickler R, McGrath JM, Brown LF, Dusing SC. Caring for a Preterm Infant at Home A Mother's Perspective. **Perinat Neonat Nurs.** 2013; 27(4): 335-344.
- Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. **Neonatal Netw.** 2000; 19(6): 27-37.
- Pinnegar S, Daynes JG. Locating narrative inquiry historically. *In*: CLANDININ DJ. **Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology.** Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 2007.
- Pizza G, Johannessen H. Editorial. Two or three things about Embodiment and the State. **Rivista della Società italiana di Antropologia Medica** Perugia – Italia, Argo. 2009 out.; 27-28.
- Polkinghorne DE. Validity issues in narrative research. **Qual Inq.** 2007; 13(4): 471-86.
- Rodrigues RG, Oliveira ICS. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2004; 06(02).
- Santos LM, Silva CLS, Santana RCB, Santos VEP. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm.** 2012 set./out.; 65(5): 788-94.
- Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem. 2003; 11(4): 539-543.

Shah PE, Clements M, Poehlmann J. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. **Pediatrics.** 2011; 127(2): 284-292.

Silva LJ, Leite JL, Silva TP, Silva IR, Mourão PP, Gomes TM. Desafios gerenciais para boas práticas do Método Canguru na UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; 71(suppl 6): 2948-56.

Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. **J Perinatol.** 2013; 33: 415.

Sousa JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco de uma Unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Rev. Enferm. UFPE on line.** 2008 abr./jun. [citado 2011 abr 27]; 2(2): 146-54.

Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery.** 2010 jul./set.; 14(3): 551-9.

Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre (RS). 2010 set.; 31(3): 521-8.

Thomas LM. The Changing Role of Parents in Neonatal Care: A Historical Review. **Neonatal Network,** San Francisco. 2008 mar./abr.; 27(2): 91-100.

Turner M, Winefield H, Chur-Hansen A. The Emotional Experiences and Supports for Parents With Babies in a Neonatal Nursery. **Advances in Neonatal Care.** 2013; 13(6): 438-446.

Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery.** 2010 jan./mar.;14(1): 83-9.

Vieira M. A Exposição Antropológica Brasileira de 1882 e a exibição de índios botocudos: performances de primeiro contato em um caso de zoológico humano brasileiro. **Horizontes Antropológicos,** Porto Alegre. 2019 jan./abr.; 25(53): 317-357.

Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Parenting and prematurity: understanding parent experience and preferences for support. **J Child Fam Stud.** 2014; 23(6): 1050-1061.

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA CEP/FS**



Continuação do Parecer: 1.623.251

Situação do Parecer:

Aprovado

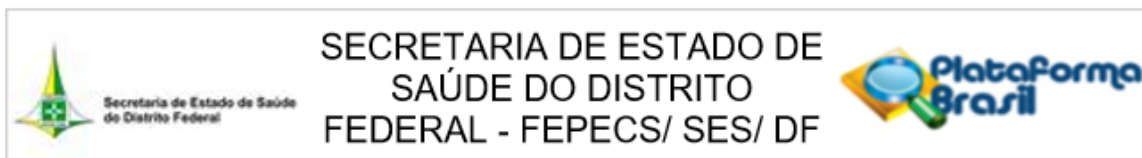
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Julho de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

**ANEXO B – APROVAÇÃO PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL - FEPECS/ SES/DF**



Continuação do Parecer: 1.866.430

/ Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Final.pdf	15:06:14	Alves	Aceito
Outros	TermoConcordancia.doc	23/02/2016 14:51:54	Caroline de Oliveira Alves	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.pdf	23/02/2016 14:50:27	Caroline de Oliveira Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


BRASILIA, 01 de Agosto de 2016

**Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)**

ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO MANUSCRITO CORRESPONDENTE AO CAPÍTULO 3

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

<http://www.scielo.br/revistas/rbsmi/pinstruc.htm>

 ISSN 1519-3829 versão <i>impressa</i> ISSN 1806-9304 versão <i>online</i>	<p style="text-align: center;">INSTRUÇÕES AOS AUTORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● INSTRUÇÕES AOS AUTORES ● Apresentação dos manuscritos ● Submissão dos manuscritos
---	--

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) /Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido. Para os manuscritos submetidos apenas em português ou espanhol, a versão em inglês será solicitada tão logo sejam aceitos para publicação. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas. É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos

autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema Ithenticate para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o manuscrito deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e do Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e as modificações realizadas; na condição 3, o

manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo recomendável incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisar a revisão descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: **Introdução:** onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; **Métodos:** descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. **Resultados:** devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); **Discussão:** interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Trabalhos qualitativos também são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única. Dimensão: 5.000 palavras; 30 referências.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos - casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da Revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, podendo ter no máximo 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos Editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do
manuscrito.
3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. Cover Letter. No texto de encaminhamento do manuscrito para a Revista (cover letter) deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, o autor responsável pela troca de correspondência, as fontes e tipo de auxílio e o nome da agência financiadora.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informes Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota

as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora

WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2 ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro.

Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

- E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final)

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília, DF: Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

-Trabalho apresentado em evento (não publicados)

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do

Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

-Dissertações e Teses

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

-Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade), Data (dia, mês abreviado e ano); Seção, volume, número, paginação.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Cultura. Portaria n.º 23, de 26 de outubro de 1982. Modifica o Plano Nacional de Microfilmagem de Periódicos Brasileiros criado pela Portaria DAC n.º 31, de 11 de dezembro de 1978. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 1 dez 1982; Seção 1, v.120, n.227, p. 22438.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 10 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

-Artigo Publicado em Periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

El Hachem H, Crepoux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE.

Recurrent pregnancy loss: current perspectives. Int J Women Health. 2017; 9: 331-45.

-Artigo Publicado em Número Suplementar

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Lothian JA. The coalition for improving maternity services evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J Perinat Educ*. 2007; 16 (Suppl.): S1-S4.

-Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. Pobreza e desenvolvimento humano: resposta das revistas científicas ao desafio do Council of Science Editors [editorial]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7 (4): 345-6.

Fernandes EC, Ferreira ALCG, Marinho TMS. Das ações às palavras [Carta]. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009; 9 (1): 95-6.

-Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. *Dermatol Online J* [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 12 (7).

Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 96 (8):

696-7. Available from: <http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?>

[essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_ a12.pdf](http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_ a12.pdf)

-Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Coletiva* (Rio J.). 2010. (No prelo).

-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2 ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

- Homepage

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso dia mês ano]. Disponibilidade de acesso Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso 3 mar 2004]. Disponível

em:<http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site

ICMJE: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Submissão dos manuscritos

A submissão é feita, **exclusivamente on-line**, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

Disponibilidade da RBSMI

A revista é open and free access, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais.

Secretaria /Contato

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-902

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.rbsmi.org.br

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

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa A percepção da família do recém-nascido prematuro em relação à preparação para a alta hospitalar, sob a responsabilidade do pesquisador Caroline de Oliveira Alves. O projeto irá investigar como se dá a preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta hospitalar.

O objetivo desta pesquisa é conhecer como a família do recém-nascido prematuro é preparada para o cuidado da criança após a alta hospitalar.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista, com um tempo estimado de 30 minutos para a realização. Caso a entrevista provoque desconforto pelo tempo exigido ou pelo teor dos questionamentos, você poderá interromper a participação, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação serão sigilosas e não permitirão a identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a assistência prestada ao recém-nascido prematuro e sua família.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Caroline de Oliveira Alves, pesquisadora ou Sílvia Maria Ferreira Guimarães Orientadora, na faculdade de Ceilândia, no telefone (61) 81357003 ou 3107-8421, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou por e-mail: carolineoliveiraalves@gmail.com O pesquisador poderá ser contratado pelo participante sem qualquer restrição de horário.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura _____

Caroline de Oliveira Alves

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de ____

**APÊNDICE B – Capítulo: POLÍTICAS DE SAÚDE DE HUMANIZAÇÃO DO
RECÉM-NASCIDO: do movimento social à configuração de uma política**

LIVRO: DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E VIOLÊNCIA NO BRASIL – ESTUDOS INTERDISCIPLINARES – VOLUME 7 ISBN:978-85-444-3638-7

Caroline de Oliveira Alves e Sílvia Guimarães

Introdução

As reflexões deste artigo sobre políticas de saúde de humanização do recém-nascido se iniciam a partir de uma pesquisa de campo realizada no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) quando nos deparamos com mães e outros familiares envolvidos no cuidado de crianças que nasceram prematuras, ou que necessitavam de cuidados hospitalares nas denominadas unidades intensivas. O cenário era do parto e após esse, as crianças não retornariam com os pais para suas casas, mas permaneceriam no ambiente hospitalar. As questões que surgiam eram como ficavam os familiares e os bebês; como a equipe de profissionais de saúde lidava com essa angústia que marcava um momento que deveria ser de pleno afeto. Havia uma precariedade nessa relação de processos de trabalho por parte de equipe e a insuficiência de políticas de poderiam capacitar e criar diretrizes para o bom funcionamento da relação entre a equipe e os familiares. Este trabalho pretende refletir sobre essa dimensão das políticas de saúde e como elas se reatualizam e criam um cenário favorável para ações no nível micro da vida social dos sujeitos.

O foco deste trabalho recai sobre determinada cena do processo de hospitalização no Brasil, refere-se à criança recém-nascida, prematura, internada em um hospital público de uma periferia de Brasília, o Hospital Regional de Ceilândia, na cidade de Ceilândia, Distrito Federal. Tal situação de hospitalização se refere não somente à criança, mas também à família e cuidadores dessa criança assim como à equipe do hospital.

Pode-se afirmar que, no Brasil, a assistência neonatal avançou nos últimos anos com a evolução tecnológica vinculada principalmente aos respiradores bem como à terapia medicamentosa. Paralelamente, houve uma melhora, também, na assistência obstétrica, ou melhor, ocorreu mais intenso acompanhamento de pré-natal na atenção primária. Assim, a mortalidade devido à prematuridade tem diminuído nos últimos anos com novas abordagens nas áreas tanto da obstetrícia como da Neonatologia no âmbito da atenção primária, secundária e terciária. No entanto, vale enfatizar que essa realidade é tensionada quando

vemos os grupos populacionais. A mortalidade infantil indígena, por exemplo, não acompanhou essa visão geral. Assim, quando analisamos grupos populacionais por etnia-raça, a situação muda.

De acordo com Caldas et. al. (2017), a taxa de mortalidade infantil (TMI) é amplamente reconhecida como um importante indicador das condições de vida de uma população. No Brasil, entre 1990 e 2012, ocorreu uma redução da mortalidade infantil, passando de 47,1 para 14,6 óbitos/1.000 nascidos vivos, com decréscimos em todas as regiões do país (op. cit.). Por sua vez, o mesmo estudo enfatiza que as taxas de mortalidade no período neonatal apresentaram tendência de declínio mais lento.

É importante realizar uma análise comparativa acerca da mortalidade infantil segundo recorte étnico-racial, no Brasil, pois a análise geral de dados pode escamotear a desigualdade social que o país apresenta. De uma maneira geral, Caldas et.al. (2017) afirma que as análises apontam para valores de TMI mais elevados no caso das crianças classificadas como negras, pardas e indígenas. Isso significa que as tecnologias de saúde não alcançam indígenas, negros, pardos e brancos da mesma maneira. O caso do HRC deve ser analisado tendo como pano de fundo essa situação por estar em uma periferia onde abriga crianças em sua maioria negras e pardas.

Contextos da hospitalização de recém-nascidos

Alguns dados gerais revelam que os recém-nascidos com peso cada vez mais baixo e com menores idades gestacionais têm sobrevivido, exigindo longas internações com procedimentos invasivos para a manutenção da vida, maior uso de medicações e intervenções. A mortalidade das crianças diminuiu ao mesmo tempo em que se tem aumentado o adoecimento de bebês. No caso do HRC, há procedimentos de hospitalização focado nesse cenário.

O contexto desse cuidado deve estar pautado pela humanização das práticas. Desde 2003, o Brasil conta com a Política Nacional de Humanização (PNH), e da rede HumanizaSUS para efetivar seus princípios no SUS, ou melhor, no cotidiano das práticas de saúde, os quais estão nos contextos de atenção e gestão, qualificando e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. De acordo com a PNH, esta deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

No caso da hospitalização dos recém-nascidos, o desafio tem sido o uso das

denominadas “tecnologias leves”⁶ a fim de inserir a família durante o processo de internação do recém-nascido prematuro, proporcionando momentos de humanização do cuidado ao longo da internação, além de aprendizado e preparação para o cuidado no domicílio. Uma vez que devido às debilidades, esses recém-nascidos constituem uma população de alto risco de comprometimento de sua saúde, inclusive após a alta hospitalar.

Além da PNH, há poucas políticas voltadas para aprimorar as denominadas “tecnologias leves”, uma dessas é a Política do Método Canguru. Essa vem para oferecer diretrizes para um atendimento integral e humanizado ao recém-nascido de baixo peso e sua família. Esse engloba do momento da internação até após a alta hospitalar, com o seguimento do acompanhamento do desenvolvimento. Portanto, foi formulada com o foco sobre as crianças e seu nascimento. E está ancorada na idéia de humanização do Serviço Único de Saúde (SUS).

A fim de entender como se dá o processo de internação do recém-nascido prematuro no Hospital Regional de Ceilândia é necessário compreender quais aspectos e contextos que emergem durante a internação.

O nascimento de um filho inaugura um momento importante no ciclo vital dos indivíduos, com grandes repercussões no meio familiar (Klaus e Kennell, 1993; Maldonado, 2002). Quando o nascimento é antecipado por um parto prematuro, se interrompe o processo de ter o filho em tempo esperado para a família e pode desencadear a hospitalização do recém-nascido para o recebimento de cuidados intensivos e manutenção da vida (Lara e Kind, 2014). A internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um evento atribulador, que provoca estresse e insegurança nos familiares devido à condição de vulnerabilidade de sua saúde (Santos *et al.* 2012; Shah *et al.*, 2011; Hynan *et al.*, 2013). O enfrentamento dessa situação se agrava quando a internação é necessária logo após o nascimento, substituindo a idealização da chegada de um bebê saudável pelo enfrentamento das adversidades e dos sentimentos provocados pela hospitalização (Schmidt *et al.*, 2012, Phillips-Pula *et al.*, 2013).

Durante a internação, os pais vivenciam sentimentos diversos ao visitarem o filho prematuro nas UTI, como a impotência, tristeza, solidão e dor. Tais sentimentos podem estar associados às características da UTI, sua dinâmica de funcionamento e dispositivos de apoio à vida, utilizados para garantir e manter a sobrevivência da criança (Goldstein, 2013; Greene, *et al.*, 2015). No momento da alta hospitalar, quando os pais irão assumir os cuidados no

⁶De acordo com Feuerwerker e Mehry (2009), tecnologias leves se referem àquelas lidam com contexto das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato, da interação entre o profissional de saúde e os sujeitos, quando os sujeitos têm maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar o procedimento terapêutico.

domicílio, muitas vezes eles se sentem sozinhos na responsabilidade de cuidar, despreparados para desempenhar o novo papel por mais capacitados que estejam (Hutchinson *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2013).

A importância da inserção dos pais nos cuidados do recém-nascido prematuro no contexto da hospitalização justifica-se também pela alta taxa de adoecimento após alta hospitalar de egressos da UTI. A incidência de adoecimentos de bebês prematuros norte-americanos é de 40% a 50% (Turner, *et al.*, 2013). Devido às debilidades, os recém-nascidos prematuros constituem-se uma população de alto risco de comprometimento de sua saúde. Assim, é importante a valorização do enfoque na preparação dos pais nas Unidades Neonatais, para que atendam as demandas da criança no domicílio. Assim ao longo do processo de hospitalização, deve-se levar em conta a necessidade de aprendizagem dos familiares sobre os cuidados a serem realizados no período de hospitalização e pós, sendo, portanto, indispensável sua participação no cuidado desde o início do processo (Couto, Praça, 2012; Turner, *et al.*, 2013, Bracht *et al.*, 2013).

Por conseguinte, todo o processo hospitalização, que se inicia no momento da admissão ou logo que foram determinadas as chances de sobrevivência do recém-nascido, deve estar pontuado pelo envolvimento dos familiares como um elemento central em tal processo (Whittingham, *et al.*, 2014; Vieira Melo; 2009). Segundo Griffin (2006), os critérios da alta devem considerar além da condição fisiológica do prematuro, a capacidade da família em prestar os cuidados necessários no domicílio, a existência de condições apropriadas de suporte no domicílio e a adequação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para receber a criança e sua família.

Produção de políticas de saúde

Algumas políticas de saúde se referem ao contexto de hospitalização do recém-nascido, especialmente o método Canguru, política vigente para humanização do recém-nascido de baixo peso.

Neste momento, vale uma abordagem mais ampla sobre políticas de saúde. Discutir sobre políticas de saúde é discutir também o papel do Estado. Pizza & Johannessen (2009) trabalha a terminologia do Estado sob algumas vertentes, uma dessas se refere à Max Weber formulou o conceito do Estado Moderno com a ideia de que somente o Estado tem o monopólio legal. O "Estado Moderno" é a entidade que detém o monopólio político, que é definido por procedimentos racionais: a lei e a burocracia (op. cit)

Gramsci sugeriu o termo “stateness”, no qual é proposto ir além da separação entre o Estado e da sociedade civil. Dessa forma, o Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dominante justifica a sua posição dominante e consegue ter o consentimento ativo das pessoas sobre as quais ele governa (op. cit).

Nessa perspectiva, o Estado não é simplesmente um conjunto de definições de regras e sanções, nem o estabelecimento de uma visão dominante do mundo, com base no poder de coerção, mas uma ideologia que está constantemente trabalhando culturalmente e sentimentalmente nas pessoas. Dessa forma, segundo o conceito trabalhado por Gramsci, o Estado assume a tarefa de elaborar um novo tipo humano, tomando a direção consciente da grande multidão nacional. Assim, o Estado está vivo e ultrapassa os limites de suas fronteiras e os dos governos nacionais (Pizza & Johannessen, 2009).

Articulando com essas percepções de Estado, Mattos & Baptista (2015) pontuam que nenhuma mudança de organização estatal proposta nos últimos séculos rompeu com a ideia liberal do Estado. Assim, o Estado é fruto das relações sociais, econômicas e políticas de uma população em seu território. O aparelho de Estado foi instituído e passou a ter o poder de definir limites muito claros para intervir na vida social, para isso estruturou arranjos institucionais como o Poder Executivo que executa administrativamente as regras, o Poder Legislativo que discute e define as leis e o Poder Judiciário que julga as distorções que se apresentam neste processo (Mattos & Baptista, 2015).

Gobert & Muller (1987 apud Hofling, 2001) faz uma relação entre Estado e políticas públicas. Segundo ela, as políticas públicas podem ser entendidas como o “Estado em ação”. É o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Por sua vez, Hofling (2001) conceitua políticas sociais como as ações com foco na proteção social, voltadas para distribuir benefícios sociais, diminuir as desigualdades estruturais por questões socioeconômicas.

A constituição de 1988 foi um marco na responsabilização do Estado em relação as políticas de saúde. Segundo o artigo 196 dessa: “*A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

Dessa forma cabe ao Estado ser responsável por prover medidas necessárias (Políticas de Saúde) para oferecer um sistema de saúde que responda às necessidades de toda a população em relação a saúde. A responsabilidade do Estado está não só em zelar pela

qualidade na prestação desses serviços, como também pelo cumprimento das regras estabelecidas (Gohn, 2011).

As funções do Estado, segundo as teorias políticas liberais, compreendem essencialmente a garantia dos direitos individuais, sem interferência na esfera econômica da sociedade, ou seja, nas esferas da vida pública (Hofling, 2001). No entanto, no caso do Brasil e da gritante desigualdade social, existem conflitos de interesses no processo de definição de políticas públicas, revelando arranjos nas esferas de poder, perpassando a sociedade como um todo, além das instituições do Estado (Hofling, 2001). Essas relações de poder criando agendas estatais são um risco para pôr fim às estruturas de desigualdade social.

As sociedades contemporâneas apontam o Estado como a referência dos processos políticos na sociedade com suas instituições, embora não seja este o espaço exclusivo do exercício da política. Mas é esta a instância da sociedade, em seus distintos níveis: municipal, estadual e federal que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e sobretudo a efetivação das políticas de saúde. Isso inclui a definição de prioridades a serem contempladas pelo Estado na área da saúde, a definição das formas de como implementá-las, o público alvo que será priorizado e a que fontes de financiamento recorrer (Gohn, 2011).

É nesse sentido que as políticas de saúde estão comprometidas com promover a justiça social quando geridas pelo Estado, já que é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros socialmente negociados. As políticas de saúde se incluem em políticas sociais a partir da Constituição Federal de 1988, e tensiona ações em uma sociedade dinamizada por uma realidade capitalista, formada por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si (Gohn, 2011).

Perspectiva da Política de Humanização ao Recém-nascido de baixo peso – Método Canguru

Segundo Mattos & Baptista (2015) ao analisar uma política, é importante considerar onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica. Quando referimos a Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, aqui vou me referir a essa política como ela é popularmente reconhecida como Método Canguru, ela surgiu da vivência inserida em alguns hospitais que experimentaram a proposta de um hospital de Bogotá, Colômbia. Assim, profissionais de saúde de alguns hospitais, no Brasil, passaram a posicionar os bebês com contato pele a pele com a mãe, como uma estratégia de assistência, baseada no

relato de Bogotá. Os efeitos positivos que trouxeram fizeram com que a prática passasse a ser difundida, porém sem ter ainda critérios técnicos bem definidos.

Diante desse contexto, houve a intervenção do Estado, via Ministério da Saúde, que passou a regulamentar e instituir o Método Canguru como política, revelando como práticas sociais participam na construção das políticas públicas em cada contexto. Assim, o Estado pode ser entendido como mediador dos interesses sociais, mas também como a expressão dos hábitos, da cultura, das práticas e dos costumes de uma sociedade. (Mattos & Baptista, 2015).

As práticas do posicionamento canguru estavam sendo difundidas pelos hospitais do Brasil sem uma normatização de referência, ou seja, sem a personificação do Estado, o que passou a ser um incômodo. Diante desse movimento nacional, o Estado se posicionou regulamentando e delimitando outras práticas que deveriam ser implementadas juntamente ao posicionamento. Esse cenário demonstra como no cotidiano da prática política das instituições e das relações sociais vemos elementos do modo de constituir as políticas de Estado (Mattos & Baptista, 2015)

Mattos & Baptista (2015) ao discorrerem sobre os estudos de política, remetem à compreensão de que são os sujeitos que fazem a história. Assim, enfatizam que nenhuma política dispensa a participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político e suas relações de força. Isso fica claro ao discutirmos o Método Canguru, pois houve um movimento, participação de profissionais na realização de condutas que culminaram em uma política. Assim, os sujeitos são detentores de saber e exercem seu poder na mediação com outros sujeitos, que se organizam em grupos, definem e instituem práticas.

As políticas de saúde desde sua formulação até sua implementação configuram-se como processos complexos de articulações de interesses múltiplos existentes na sociedade, de discussões sobre o que vêm a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus segmentos socioeconômicos distintos e o que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população (Gohn, 2011).

Hoje considerada pelo Ministério da Saúde como uma política difundida no contexto neonatal nacional, o Método Canguru vivencia o desafio de implementar uma tecnologia leve em um contexto hospitalar radical como é o caso das unidades intensivas, onde ainda há a ênfase nas tecnologias duras como referência na assistência.

Assim, nesse processo de consolidação dessa política interagem demandas, redes de interesses, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo por base consolidados interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, principalmente no contexto hospitalar (uso de medicamentos, exames, máquinas e equipamentos e outras

intervenções). Nesse contexto surge uma dicotomia de peso político variado, que seria o investimento econômico, como aquele prioritário e produtivo, e investimento social, entendido no geral como gasto improdutivo (Gohn, 2011).

Assim, a política não pode estar restrita ao seu aspecto formal, com o enunciado oficial, a política precisa ser vista como uma prática de conflitos de interesses, percepções do mundo e de posições. Produzindo acordos momentâneos e dinâmicos e que expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade. O Método Canguru em contexto hospitalar como as unidades intensivas confronta um aparato de equipamentos e medicamentos economicamente significante. Por isso sua crescente divulgação consolidando um movimento social que contemplou familiares e, principalmente equipe médica foi um elemento fundamental para sua não proibição, mas que não impediu sua normatização.

O ato de carregar o recém-nascido prematuro em contato direto com o tórax materno ganhou o mundo, recebendo opositores e adeptos. Entre os adeptos, estavam os profissionais com a nova proposta, o chamado “tecnicismo desenvolvido para o cuidado do recém-nascido prematuro”, substituindo a “máquina e o especialista” pelo “humano e familiar” (Brasil, 2011a). Os opositores se limitavam a argumentar sobre as necessidades biológicas que o recém-nascido prematuro apresentava, relacionadas ao grau de imaturidade. O Método Canguru não considera menos importante o aspecto biológico, ele vem ampliar a visão de assistência neonatal, considerando estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família (Brasil, 2017).

A crônica dificuldade de se obter recursos financeiros para os hospitais públicos para alguns aparatos tecnológicos fez com que o Método Canguru surgisse como uma “metodologia salvadora e de baixo custo” (Brasil, 2011a). A questão econômica fez com que o Método Canguru fosse rotulado como uma alternativa encontrada pelos países ditos de terceiro mundo, para baratear o custeio do cuidado neonatal. Para os familiares e profissionais, eles viam essa precoce aproximação da mãe ao seu filho prematuro como o fortalecimento e estímulo do laço psicoafetivo e trazendo resultados para a recuperação rápida do bebê e fortalecimento dos pais no cuidado pós-hospitalar, momento que vimos anteriormente como central diante dos adoecimentos que o bebê poderia desenvolver.

As políticas de saúde podem ser o resultado de disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos e caminhos, e exclui outras. Exclui do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas (Mattos & Baptista, 2015). O caso do Método revela que sua

potência estava dada nas vivências cotidianas dos hospitais que experimentavam o posicionamento canguru antes de qualquer política e continuará.

A Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, prevê uma proposta de humanização da assistência neonatal que compreende ações desde o pré-natal de alto risco, passando pelo nascimento e internação do bebê na Unidade Neonatal até a sua alta hospitalar (Brasil, 2011a).

Essa Política foi criada, no Brasil, no ano de 2000, baseada na experiência de hospitais de Bogotá, na Colômbia. Em meados da década de 1970 uma unidade de terapia intensiva neonatal de Bogotá vivenciou uma superlotação. Uma estratégia identificada pelos profissionais que prestavam assistência na época, foi colocar os bebês mais estáveis nos colos das mães, priorizando os leitos para os bebês mais graves.

Os profissionais observaram que esses bebês nos colos das mães apresentavam uma evolução significativa, comparado a bebês com quadro clínico semelhante que permaneciam em incubadoras. A partir dessa experiência estudos começaram a investigar os determinantes para a melhora significativa dos bebês prematuros que permaneciam grande parte do tempo no colo, tendo um contato pele a pele com sua mãe.

Assim, o Método Canguru foi sistematizado no Instituto Materno Infantil de Bogotá no ano de 1979, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez. O Método tinha como proposta melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido naquele país, e visava promover maior vínculo afetivo, estabilidade térmica e melhor desenvolvimento através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, reduzindo assim os custos da assistência perinatal. A proposta também incluía a alta hospitalar precoce e acompanhamento ambulatorial, sendo um dos pilares fundamentais no atendimento desses bebês (Brasil, 2011a).

Alguns hospitais brasileiros iniciaram a prática baseados na experiência de Bogotá. Dentre eles está o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em Pernambuco e o Hospital Guilherme Álvaro em Santos, deste o ano de 1991. Outros hospitais brasileiros, a partir dessas experiências em Recife e em Santos, passaram a estabelecer práticas de utilização do posicionamento Canguru, tendo como público-alvo “mães e bebês pré-termo”, porém sem ter ainda critérios técnicos bem definidos. Há relatos que o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, no início da década de 1990, utilizou o posicionamento Canguru como estratégia de assistência em um recém-nascido prematuro, devido à falta de recursos (Brasil, 2011a).

No final da década de 1990, o IMIP realizou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, o qual contou com representantes de hospitais que já adotavam essa metodologia, como Frei

Damião (Paraíba), Cesar Calls (Fortaleza), Sofia Feldman (Minas Gerais), Alexandre Fleming (Rio de Janeiro) e Guilherme Álvaro (São Paulo). Também participaram desse evento profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a).

A prática do posicionamento Canguru difundida pelos hospitais nacionais aparecia como uma estratégia de assistência de baixo custo e importante diante do número crescente dos recém-nascidos prematuros. Em 1999, após o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, os profissionais da Área Técnica de Saúde da Criança organizaram um grupo de trabalho composto por representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e de universidades brasileiras. Esse grupo de profissionais elaboraram um documento que criaria a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Segundo essa Norma, a “prática canguru” incluía requisitos da atenção biológica, dos cuidados técnicos especializados associado a todas as correntes mais modernas da atenção ao recém-nascido, tendo como ênfase à atenção psico afetiva à mãe, à criança e à família.

Em dezembro de 1999, a Norma de Atenção Humanizada foi apresentada pelo Ministro da Saúde à comunidade científica brasileira. Em 5 de julho de 2000 a Portaria SAS/MS nº 693 foi publicada e nomeada de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Brasil, 2011a).

O Método Canguru implicou uma mudança de paradigma na atenção perinatal, de forma que as questões relacionadas à atenção humanizada passaram a complementar com os avanços tecnológicos clássicos (Klossoswsk *et al* 2016).

O Método Canguru se divide em 3 etapas. Na primeira, a intervenção inicia-se com a identificação das gestantes com risco de um trabalho de parto prematuro, ou seja, a atuação começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê prematuro e/ou de baixo peso. Nesse contexto, a gestante de risco e sua família recebem orientações e cuidados específicos. Ao nascer, havendo necessidade, o bebê é encaminhado a UTIN e/ou Unidade de Cuidados Intermediários. Os pais são estimulados a entrar nessas unidades, estabelecer de forma gradual e crescente o contato pele a pele com o bebê, de maneira segura e agradável para ambos. Os pais não são considerados visitas, tendo acesso 24 horas à unidade onde está internado o seu filho. O bebê prematuro e sua família recebe assistência por uma equipe multiprofissional ao longo de toda a internação.

Na segunda, é necessário que haja estabilidade clínica do bebê, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior

tempo desejado e possível. O posicionamento canguru é realizada com mais frequência e pelo período que ambos considerarem seguro e agradável. A terceira etapa se inicia a partir da alta hospitalar, quando é realizado o acompanhamento ambulatorial do bebê e de sua família por uma equipe multiprofissional.

É importante diferenciar o posicionamento canguru do Método Canguru. O posicionamento canguru foi a estratégia inicial utilizada em Bogotá, posicionando o bebê prematuro em contato pele a pele com sua mãe como uma estratégia a superlotação da Unidade Neonatal. O Método Canguru é a política de saúde do recém-nascido de baixo peso com diretrizes de assistência ao bebê prematuro e/ou de baixo peso e a sua família, iniciando desde o período pré-natal. O Método Canguru é algo mais amplo do que apenas o posicionamento pele a pele, o posicionamento faz parte do Método juntamente com outras estratégias e diretrizes. Outra questão importante a ressaltar é que o Método Canguru engloba o recém-nascido prematuro e ou de baixo peso ao nascimento, ou seja, bebês nascidos a termo (maior de 37 semanas de idade gestacional) com peso menor de 2.500 gramas.

Considerações finais

Este artigo buscou problematizar a configuração de uma política de saúde de humanização de bebês recém-nascidos em condições especiais, as crianças prematuras, que devem ser hospitalizados. Trata-se de um cenário de fragilização da família e onde há um investimento econômico de equipamentos, medicamentos e exames. Em meio a este contexto, surge a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Essa surgiu a partir de uma técnica com baixo custo que passou a ser disseminada por vários hospitais configurando em um movimento social. Se contrapunha aos altos custos que marcam o ambiente hospitalar. E passou a ser foco de intervenção estatal. Por um lado, houve benefícios, pois havia pessoas contrária ao uso dessa prática em ambientes como de terapias intensivas. Por outro, passou a ser normatizada o que poderia retirá-la do contexto dinâmico e fluido que encontrou em cada espaço. O interessante é o movimento que esta prática provocou em ambiente tão controlado e marcado pelo distanciamento e pelos equipamentos. Por outro lado, a prática em si é um ato de subversão a qualquer normatização, pois nada pode estar entre a pele da mãe e do bebê além da troca de afetos, cheiros, respiros, sonhos e sons.

Referências

- BRACHT, K. M; O'LEARY, K.L; LEE, K.S, O'BRIEN, K,K. Implementing Family-Integrated Care in the NICU: A Parent Education and Support Program Advances in Neonatal Care, 2013, Vol.13(2), p.115-12
- BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Mãe anguru. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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.
- CALDAS, A; SANTOS, R; BORGES, G; VALENTE, S; PORTELA, M; MARINHO, G. 2017. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no *Censo Demográfico* de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(07).
- COUTO, F.F; PRAÇA, S,N. Recém-nascido prematuro: Suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília 2012. Fev 2012, vol.65, no.1, p.19-26
- GOHN A. O Estudo das *Políticas de Saúde*: implicações e fatos. In: Campos, G. ET. AL. Tratado de Saúde Coletiva (org) SP: HUCITEC ED. 2011
- GOLDSTEIN, A.N. Family Support and Education. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2013, 33(1):139–161.
- GREENE, M.M; ROSSMAN, B; PATRA, K; KRATOVIL, A; KHAN, S; MEIER, P.P. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit. 2015 Jul;104(7):e306-13.
- GRIFFINT, T; ABRAHAM, M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2006, v.20, n.3, p.243-9.
- HYNAN, M.T; MOUNTS, K.O; VANDERBILT, D.L. Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. *J Perinatol*. 2013;33 (10):748–753.
- HÖFLING, E, M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, 2001.
- HUTCHINSON, S.W, SPILLET, M.A; CRONIN, M. Parent's experiences during their infant's transition from neonatal intensive care unit to home: a qualitative study. *Qual Rep*. 2012;17: 1–20. 11.

- KLAUS, M. H; Kennell JH. Pais/bebê:a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 329 p.
- KLOSSOSWSKI, D.G; GODÓI, V,C, XAVIER, C.R, FUJINAGA, C.I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. Rev. CEFAC. 2016 Jan-Fev; 18(1):137-150.
- LARA K L & KIND L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. Psicol. estud. [online]. 2014, vol.19, n.4, pp.
- MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da gravidez: parto e puerpério.16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229 p.
- Mattos RA; Baptista TWF. SOBRE POLÍTICA - (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas) Cap 2 p.83 In: Mattos RA; Baptista TWF. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. 1.ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
- PHILLIPS-PULA, L; PICKLER, R; McGRATH, J.M, BROWN, L.F; DUSING, S.C. Caring for a Preterm Infant at Home A Mother's Perspective. Perinat Neonat Nurs. 2013.v 27 n 4, 335–344. 2013.
- PIZZA, G & JOHANNESSEN, H. Editorial. Two or three things about Embodiment and the State – Rivista della Società italiana di Antropologia Medica m. 27-28, out-2009 Perigia – Italia, Argo, 2009.
- SANTOS, L.M. SILVA, C.L.S; SANTANA, R.C.B; SANTOS, V.E.P. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm, 2012 set-out; 65(5): 788-94.
- SCHMIDT, K.T, SASSÁ, A.H, VERONEZ, M; HIGARASHI, I.H; MARCON, S.S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Esc Anna Nery Rev Enferm 2012; 16(1):73-81.
- SHAH, P.E; CLEMENTS, M; POEHLMANN, J. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. Pediatrics. 2011;127(2):284–292.
- SMITH, V.C; HWANG, S.S; DUKHOVNY, D; YOUNG, S; PURSLEY, D.M. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. J Perinatol 2013; 33:415.

TURNER, M; WINEFIELD, H; CHUR-HANSEN, A. The Emotional Experiences and Supports for Parents With Babies in a Neonatal Nursery. *Advances in Neonatal Care*, 2013, Vol.13 (6), p.438-446

WHITTINGHAM, K; BOYD, R; SANDERS, M; COLDITZ, P. Parenting and prematurity: understanding parent experience and preferences for support. *J Child Fam Stud*. 2014; 23 (6):1050– 1061.