



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

ROBERTA GOMES RODRIGUES PESSOA

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA
UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA.**

FORTALEZA

2024

ROBERTA GOMES RODRIGUES PESSOA

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA
UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA.**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Profissional da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Desenvolvimento e Primeira Infância (Saúde da Criança). Linha de Pesquisa: Avaliação da assistência ao recém-nascido.

Orientador: Professor Dr. JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

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

P568a Pessoa, Roberta Gomes Rodrigues.

Avaliação do acolhimento das mães e dos recém-nascidos na unidade neonatal fechada de uma maternidade terciária. : Estudo transversal qualitativo / Roberta Gomes Rodrigues Pessoa. – 2024.

59 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. João Joaquim Freitas do Amaral.

Coorientação: Profa. Dra. Rivianny Arraes.

1. Acolhimento. 2. Recém - nascido. 3. Humanização da assistência. I. Título.

CDD 610

ROBERTA GOMES RODRIGUES PESSOA

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA
UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA.**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr **JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL** (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa Dra Rivianny Arraes (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof Dr.Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa Dra Eveline Campos Monteiro de Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

FORTALEZA

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este mestrado aos pacientes prematuros e às suas famílias.

Aos meus colegas de profissão neonatologistas, que este trabalho possa acrescentar conhecimento em suas formações e aperfeiçoamento diário.

À equipe multiprofissional da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, que tem dado o seu melhor ao binômio neonatal.

E, por fim, à Maternidade de Escola Assis Chateaubriand.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me preservou com equilíbrio e serenidade para realizar esta pesquisa.

Aos meus pais, Stela Gomes Rodrigues e Roberto Rodrigues de Oliveira, inspiração fundamental de meus estudos e de minha formação moral e ética.

Ao meu companheiro e esposo, Carlos Levi Costa Pessoa, pelo amor, entusiasmo, apoio diário, compreensão e paciência.

Aos meus filhos, Samuel e Maria Luísa, cujos sorrisos e abraços me motivam todos os dias a seguir e querer ser uma pessoa melhor.

Ao meu irmão, Dr. Roberto Rodrigues, minha inspiração em seguir a área médica e exemplo de dedicação à medicina e ao cuidado com o paciente de forma humanizada.

A Profa. Dra. Rivianny Arraes, por toda a atenção, cuidado e colaboração durante o curso de mestrado, e em especial na orientação desse trabalho.

Ao Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral, que, mesmo com a responsabilidade de coordenar o curso de mestrado, dedicou-se a colaborar no meu trabalho e aprendizado.

Aos professores participantes da banca examinadora Profa. Dra. Eveline Campos Monteiro de Castro e Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões, desde o início da pesquisa.

Aos professores do Curso de Mestrado profissional em Saúde da Mulher e da criança que com sabedoria contribuíram imensamente na realização deste trabalho.

Ao corpo funcional da coordenação do Curso de Mestrado profissional em Saúde da Mulher e da criança, que sempre esteve atento a nos servir de forma incondicional.

A Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, hospital ao qual me orgulho em fazer parte do corpo funcional, pelo apoio e por ter sido o local da minha pesquisa.

SIGLAS

EQN: Estratégia QualiNEO

GDC: Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes

MEAC: Maternidade de Escola Assis Chateaubriand

MS: Ministério da Saúde

ODM: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PNAISC: Política Nacional de Atenção a Integral a Saúde da Criança

RIPSA: Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RN: recém- nascido

SUS: Sistema único de saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

UCINCO: Unidade de Cuidados Intermediários

UTIN: Unidade de cuidados intensivos neonatais

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	JUSTIFICATIVA.....	18
3.	QUESTÃO NORTEADORA	19
4.	OBJETIVOS.....	20
	4.1.OBJETIVOS GERAIS.....	21
	4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
6.	METODOLOGIA.....	31
7.	RESULTADOS	37
8.	DISCUSSÃO.....	43
9.	RECOMENDAÇÕES	44
10.	CONCLUSÃO	46
11.	ORÇAMENTO.....	47
12.	CRONOGRAMA.....	49
13.	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE A.....	51
	APÊNDICE B.....	54
	APÊNDICE C.....	55
	APÊNDICE D.....	56
	APÊNDICE E.....	58

RESUMO

Atender ao recém-nascido de forma integral faz parte das boas práticas em saúde, uma vez que favorece o fortalecimento da integralidade do cuidado no processo saúde-doença da população. O nascimento prematuro e a hospitalização na UTIN (unidade de cuidados intensivos neonatais) têm impacto negativo nas interações entre pais e filhos o que, por sua vez, está associado a sequelas adversas no desenvolvimento a longo prazo. Este trabalho tem por objetivo analisar como o binômio mãe -filho são recebidos nas unidades neonatais de terapia intensiva e UCINCO (unidade de cuidados intermediários) o da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Analisar como se dá o diálogo entre os profissionais de saúde que acompanham o bebê e sua mãe durante todo o período de internação e o que o hospital oferece para acolher este binômio no tocante a apoio psicológico, infraestrutura, apoio ao aleitamento. Neste sentido, buscou-se evidenciar o que é dito e orientado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Além de identificar o que o serviço oferece para as mães dos recém-nascidos e avaliar a permanência diária e semanal das mesmas nas unidades neonatais. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, de enfoque misto, apresentando análises dos dados coletados mediante entrevistas com as mães através de questionários. Avaliou-se 43 pacientes dentro do período de janeiro de 2024 a fevereiro de 2024, por meio da aplicação de questionários. As avaliações foram realizadas com os bebês cujos pais autorizaram a participação na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE), após terem sido informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Após os resultados, foram feitas recomendações para acolhimento do binômio neonatal desde o dia um (01) na unidade. Por sua vez, contribuir para uma assistência mais humanizada das mães e dos recém-nascidos na unidade de terapia intensiva e de cuidados intermediários.

Palavras chaves: ACOLHIMENTO; RECÉM-NASCIDO; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

ABSTRACT

Providing comprehensive care for newborns is part of good health practices, since it favors the strengthening of comprehensive care in the health-disease process of the population. Premature birth and hospitalization in the NICU (neonatal intensive care unit) have a negative impact on interactions between parents and children, which in turn is associated with adverse consequences for long-term development. This study aims to analyze how the mother-child binomial is received in the neonatal intensive care and medium-risk units of the Assis Chateaubriand School Maternity Hospital (MEAC). To analyze how the dialogue takes place between the health professionals who accompany the baby and its mother throughout the hospitalization period and what the hospital offers to accommodate this binomial in terms of psychological support, infrastructure, and breastfeeding support. In this sense, we sought to highlight what is said and guided by the Ministry of Health and the World Health Organization. In addition to identifying what the service offers to mothers of newborns and evaluating their daily and weekly stay in neonatal units. It is characterized as a qualitative study, with a mixed approach, presenting analyses of data collected through interviews with mothers through questionnaires. 43 patients were evaluated between January 2024 and February 2024, through the application of questionnaires. The evaluations were carried out with babies whose parents authorized participation in the research, by signing the Informed Consent Form (ICF), after having been informed about the objectives and methodology of the proposed study. After the results, recommendations were made for welcoming the neonatal binomial from day one (01) in the unit. In turn, contributing to more humanized care for mothers and newborns in the intensive care and intermediate care unit.

Keywords: USER EMBRACEMEN; NEWBORN; HUMANIZATION OF ASSISTANCE

1. INTRODUÇÃO

A melhoria da saúde humana tem sido, de muito tempo, uma meta a ser alcançada no mundo. Em meados de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) chamava atenção para o Programa “Saúde para todos no ano 2000” , que considerava a necessidade de reduzir, primeiramente, as mortes infantis e de mulheres — eventos preveníveis, na maioria dos casos. No início deste século, mesmo com a diminuição das mortes infantis e de mulheres, as Nações Unidas estabeleceram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais a redução da mortalidade materna e infantil continuava como objetivo altamente desejável. (LAURENTI et al, 2015, p. 399)

O Brasil assinou o compromisso de cumprir, até 2015, o objetivo de reduzir a mortalidade materna em três quartas partes em relação aos valores de 1990 . No país, estes dois indicadores são ainda elevados, apesar de o infantil estar em declínio e o materno manter-se estável. Seus valores diferem entre as Regiões, mostrando aspectos importantes quanto às desigualdades existentes e agravadas por fatores como disponibilidade de recursos, acesso a serviços de saúde para pré-natal, parto e puerpério e dados nem sempre confiáveis. (LAURENTI et al, 2015, p. 399)

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) tem mostrado tais valores e se empenhado em aprimorar a qualidade da informação, considerada essencial para o diagnóstico das condições de saúde e avaliação das ações postas em prática visando à sua melhoria. Contudo, mesmo quando os dados oficiais das mortes infantis e maternas são considerados bons, não são suficientes para planejar ações visando à prevenção dessas mortes. (LAURENTI et al, 2015, p. 399)

As instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) devem realizar o atendimento à mãe e ao recém-nascido por meio de um procedimento humanizado, inclusive que abranja o relacionamento familiar. Além disso, devem assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita, e estimular a

visita do pai da criança sem restrição de horário. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

A integralidade é um dos princípios doutrinários/finalísticos do SUS e foi ressaltado no Decreto n. 7.508/2011. Descrita no artigo 20, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2011).

“A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.” (PINHEIRO, 2009)

Atender ao recém-nascido de forma integral faz parte das boas práticas em saúde, uma vez que favorece o fortalecimento da integralidade do cuidado no processo saúde-doença da população. A integralidade não possui uma única definição, posto que existem três sentidos norteadores: o sentido das atribuições e práticas dos profissionais de saúde, da organização das políticas sociais e da contrapartida do governo frente às necessidades de saúde. (SILVA, 2018)

Nesse sentido, a Rede Cegonha, lançada pelo MS (Ministério da Saúde) em 2011 como uma das redes estratégicas no Brasil, ao ter como objetivo garantir assistência integral, humanizada e segura a mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança desde o nascimento até os dois anos de vida, apresentava como finalidade reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. (NOGUEIRA, 2021)

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (pu-

erário), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A criação da PNH (Política Nacional de Humanização) no ano de 2003 teve como principal objetivo constituir as ações do SUS, devendo ser feita de forma transversal em toda a rede de atenção à saúde. A humanização e seus princípios devem estar nas relações entre os/as profissionais e as famílias, entre a diversidade de trabalhadores/as de unidades e serviços de saúde e instituições que constituem o SUS. (PNH, 2003)

A PNH, de 2003, veio para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, melhorando a saúde pública no Brasil e relação entre gestores, trabalhadores e usuários. O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, tem como pilar a humanização que se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, incluindo trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. (PNH, 2003)

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH. Segundo o Humaniza SUS, 2003:

“Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/ equipes e usuário com sua rede socioafetiva.”

Esse acolhimento deve ser feito de acordo com a necessidade de cada usuário, com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores, e desta forma, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. (PNH, 2013)

Os recém-nascidos saudáveis devem permanecer na sala de parto com suas mães o máximo possível para promover o início imediato de amamentação e a formação do vínculo inicial. Devem-se envidar todos os esforços para evitar separar o recém-nascido da mãe. Os cuidados centrados na família, nos quais os profissionais de enfermagem cuidam da puérpera e do recém-nascido no mesmo aposento (alojamento conjunto), promovem a formação de vínculo e a orientação. (CLOHERTY ET AL., 2016, p. 81)

O cuidado de apoio ao desenvolvimento individualizado (CIAD) promove uma cultura que respeita a personalidade do recém-nascido pré-termo e do recém-nascido a termo clinicamente frágil, além de otimizar o atendimento e o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados à população vulnerável em termos de desenvolvimento neurológico. A implementação dos princípios do CIAD focado na família pode aprimorar os desfechos relacionados com o desenvolvimento neurológico. (CLOHERTY ET AL., 2016, p. 133)

O nascimento prematuro e a hospitalização na UTIN (unidade de cuidados intensivos neonatais) têm impacto negativo nas interações entre pais e filhos o que, por sua vez, está associado a sequelas adversas no desenvolvimento a longo prazo. Interações individuais centradas na família têm sido associadas à redução do estresse dos pais e a interações mais positivas entre pais e filhos. CLOHERTY ET AL., 2016, p. 207)

As políticas (diretrizes) da UTIN centradas na família incluem acolhimento dos familiares 24 horas por dia, promoção da participação da família, no cuidado do recém-nascido, criação de conselhos consultivos de pais, implementação de grupos de apoio aos pais e disposição de áreas confortáveis de alojamento conjunto para os pais. (CLOHERTY ET AL., 2016, p. 140)

A UTI neonatal é composta de muitos aparelhos tecnológicos e equipe multiprofissional especializada, que tem como objetivo promover a recuperação através de um cuidado em saúde avançado ao recém-nascido. Nós, profissionais de saúde, estamos acostumados com esse ambiente. Porém, a família, mesmo compreendendo a real necessidade de internação para cuidados intensivos, o ambiente da UTIN desperta sentimentos negativos, relacionados à morte. A UTIN é vista como um ambiente ruim, onde há sofrimento, estresse,

um local desumano, frio e que gera a quebra do vínculo familiar. (ARAÚJO, 2021)

O sucesso do tratamento de um recém-nascido internado em UTIN (unidade de cuidados intensivos neonatal) não é determinado apenas pela sua sobrevivência e alta hospitalar, mas também pela construção de vínculos que irão garantir a continuidade do aleitamento materno e dos cuidados após a efetivação da alta do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quase 30 milhões de bebês em todo o mundo nascem cedo demais, pequenos demais ou adoecem a cada ano. Segundo novo relatório de uma coalizão global que inclui o UNICEF e a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses bebês precisam de cuidados especializados para sobreviver. "Quando se trata de bebês e suas mães, os cuidados certos, no momento certo e no lugar certo, podem fazer toda a diferença", disse Omar Abdi, vice-diretor executivo do Unicef. "No entanto, milhões de bebês pequenos e doentes, assim como mulheres estão morrendo a cada ano porque simplesmente não recebem o cuidado de qualidade de seu direito, que é uma responsabilidade coletiva." (OPAS, 2018)

Tal fato configura importante problema de saúde pública, sobretudo para países em desenvolvimento, refletido no alto percentual de abandono e altas taxas de morbimortalidade neonatal e materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A internação de um bebê em uma unidade neonatal representa, para ele e sua família uma situação de crise. Diante desse cenário, há a necessidade de melhorar a assistência neonatal como um todo, pois observamos que não se trata apenas no cuidado com o recém-nascido, mas com a família. Uma assistência humanizada que englobe a família e que ofereça condições a mãe de estar presente na unidade, melhorando o vínculo com o seu bebê. E para que isso aconteça é preciso melhorar o acolhimento das mães na unidade neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, MÉTODO CANGURU, 2014)

Dentre esses princípios assistências da linha de cuidado perinatal, destacam-se: qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado, com responsabilidade até a resolução completa dos problemas; promoção de

vínculo entre profissional e o usuário do sistema de saúde; integração da rede de saúde e outros setores; acolhimento do recém-nascido e da gestante; vigilância em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 22)

Acolher o recém-nascido e a gestante e, além disso, responder de forma qualificada é um compromisso de todo profissional serviço de saúde para a prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 22)

Com os avanços nos cuidados médicos e de neurodesenvolvimento, bebês prematuros ou com doenças graves podem ser hospitalizados por muitos meses. Há uma compreensão crescente de que a qualidade das interações sociais entre pais e bebês na unidade de terapia intensiva neonatal pode amenizar os efeitos adversos do parto prematuro, aumentar a consciência dos efeitos psicossociais na família e orientar as intervenções profissionais. O apoio do serviço social é essencial para as necessidades dos pais de acomodação, transporte e creche. (FANAROFF, 2015, volume 1, p. 642).

Segundo Hennig et. al. (2006, p.) no Brasil, a partir do final da década de 90, esta preocupação traduziu-se na "Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru" (AHRNBP-MC) elaborada e implementada pelo Ministério da Saúde (MS), através de norma, protocolos e de um amplo processo de capacitação nas diferentes regiões do país.

A AHRNBP-MC se caracteriza principalmente pela mudança na forma do cuidado neonatal baseada em quatro fundamentos básicos:

- acolhimento do bebê e sua família;
- respeito às singularidades (cuidado individualizado);
- promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível;
- envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê.

No caso do recém-nascido necessitar permanecer na unidade de terapia intensiva neonatal e/ou de cuidados intermediários, especial atenção é dada para estimular a entrada dos pais na unidade, orientar sobre as condições clínicas da criança, oferecer suporte e estímulo para o contato pele-a-pele com o bebê. É trabalhado também o estímulo à lactação e à participação dos familiares nos cuidados com a criança. (HENNING, 2006)

Ao final do estudo, Henning et al (2006, p. 428) concluiu que apesar de, em várias situações, ficar claro que muitos dos conceitos da atenção humanizada estão bastante difundidos e *a priori* o profissional os conhecer, eles ainda não foram plenamente incorporados em sua prática clínica. É grande a lacuna entre os conhecimentos e a aplicação prática das mudanças propostas pela AHRNBP-MC. Elas requerem mais do que a adoção de rotinas e o treinamento formal de alguns profissionais.

É necessária a educação permanente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde que cuidam de RN. Ele relata ainda que a inadequação na estrutura das Unidades Neonatais em nosso país, encontrada também nos relatos dos profissionais das maternidades visitadas nesse estudo, certamente contribui para aumentar a dificuldade de implementação de uma prática comprometida com a singularidade de cada família. (HENNING, 2006)

Segundo Souza e Ferreira (2010, p. 476), que realizou um estudo onde objetivou analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta desta forma de assistência. Ele concluiu que os profissionais que atuam em UTI convivem com diversos fatores desencadeadores de desgastes, tais como a dificuldade da aceitação da morte, a escassez de recursos materiais e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos. Estes são alguns dos dilemas éticos e profissionais que geram tensão entre os profissionais e acabam por influenciar, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (Método Canguru, na seção 10, página 106) acolher é o ato receber e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na Unidade Neonatal, procurando facilitar sua inserção nesse ambiente. A internação de um bebê em uma Unidade Neonatal representa, para ele e sua família, uma situação de crise. Isso repercute, de maneira especial, na interação entre pais e seus bebês, podendo interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares. Assim, o acolhimento, tão importante ao bebê durante a sua permanência no hospital, deve

ser estendido aos seus pais e sua família, que, nessa situação tão particular e diferente, necessita de apoio.

A mãe, após o parto, quando o bebê, é levado para UTIN, vivencia momentos de vazio, solidão e medo. Surge aqui a necessidade da necessidade da existência de um elo entre ela e seu filho. A visita de um membro da equipe para lhe trazer informações sobre os cuidados que ela vem recebendo inicia sua aproximação com o bebê, com a equipe e com o espaço do qual ela brevemente fará parte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, página 62)

Segundo a Declaração de Direitos do Bebe Prematuro, artigo XI: Todo prematuro tem direito, uma vez atingidas as condições básicas de equilíbrio e vitalidade, ao amor materno, ao calor materno e ao leite materno, que lhe são oferecidos pelo Método Mãe-Canguru. Caberá à Equipe de Saúde prover as condições estruturais mínimas necessárias a esse vínculo essencial e transformador do ambiente prematuro. Nenhum profissional ou cargo de comando, em nenhuma esfera, tem a prerrogativa de impedir ou negar a possibilidade desse vínculo que é símbolo da ciência tecnocrata redimida. (MUSSA, 2008).

2. JUSTIFICATIVA

O acolhimento oportuniza novos sentimentos relacionados ao vínculo gerado com a equipe de saúde e a mãe do recém-nascido, reduzindo o medo, a sensação de desamparo e impotência. Logo, acolher de forma humanizada as famílias na UTIN é essencial. Como já foi dito, o ambiente das unidades neonatais é novo, desconhecido, com muitos aparelhos e profissionais até então desconhecidos pela aquela família do bebê. Esse ambiente hostil acaba gerando medo e angústia para aquela mãe que é puérpera, com todas as alterações hormonais do período e que, muitas vezes, é mãe de primeira viagem.

Frente a isso, questiona-se: Quais as evidências científicas sobre o acolhimento realizado pela equipe de saúde aos familiares de neonatos internados em unidades neonatais?

Apesar da importância atribuída ao acolhimento, foi verificada, durante a busca por estudos nas bases de dados, uma baixa quantidade de publicações sobre o assunto nos últimos 10 anos. Além disso, os estudos que abordavam o

acolhimento, em sua maioria, focavam nos cuidados do recém - nascido, sem envolver o cuidado e o estímulo ao vínculo da mãe com o bebê.

Ao observar a necessidade de acolher melhor o binômio mãe e bebê nas unidades neonatais, o estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre o acolhimento realizado pela equipe de saúde aos familiares de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), bem como avaliar o acolhimento realizado nas unidade de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatal da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand.

A avaliação do acolhimento das mães e dos recém-nascidos contribuirá para a melhoria da assistência neonatal, ao priorizar uma assistência humanizada das mães e dos recém-nascidos na unidade de terapia intensiva e de cuidados intermediários.

Observa-se a necessidade de melhorar a assistência humanizada dentro da unidade neonatal, criando um conjunto de orientações de acolhimento das mães desde o dia um na unidade, instituindo mudanças na forma com que os profissionais de saúde recebem o binômio mãe - filho na unidade neonatal.

3. QUESTÃO NORTEADORA

Ao trabalhar na Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, observo de forma constante e incômoda, a necessidade de melhorar assistência neonatal, fazendo de forma mais humanizada e centrada não só nos problemas do recém - nascido, mas sim, no binômio mãe e filho.

Quando o bebê nasce prematuro, a mãe fica internada em torno de 24 a 48h na enfermaria obstétrica e recebe alta se não tiver intercorrências. O prematuro de baixo peso é encaminhado para unidade de terapia intensiva neonatal ou para unidade de cuidados intermediários, necessitando de pelo menos uma semana para estabilizar o quadro e ganho de peso. Há prematuros extremos e de extremo baixo peso que ficam de um a dois meses internados.

A mãe que recebeu alta fica então indo e voltando todos os dias para visitar o recém-nascido, estas muitas vezes não tem condições para ficar retornando, ou por falta de transporte ou financeiras. Tal situação acaba gerando consequências para o recém-nascido, como diminuição do vínculo entre mãe e filho, baixo taxa de aleitamento materno, maior tempo de internação.

Desta forma, melhorar o acolhimento, implica em termos uma melhoria mais rápida do quadro clínico do recém-nascido, diminuição no tempo de internação, melhorar o vínculo da mãe com o bebê, diminuir o número de abandono de crianças na maternidade e que necessitam do conselho tutelar para ter um destino.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

- Analisar o acolhimento das mães nas unidades neonatais de terapia intensiva e UCINCO da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand.

4.2. Específicos

- Identificar o que o serviço oferece quanto a infra - estrutura e apoio multidisciplinar para as mães dos recém-nascidos;
- Avaliar a permanência das mães nas unidades neonatais.
- Fazer orientações aos profissionais de saúde para acolhimento das mães desde o dia um (01) na unidade neonatal.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Diretrizes para acolhimento da mãe do recém-nascido e dos seus familiares nas Unidades Hospitalares Neonatais.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas

preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 15)

“O profissional de saúde deve prover atendimento humanizado e seguro às mulheres, aos RNs, aos acompanhantes, aos familiares e aos visitantes, e ser capaz de acolhê-los. Acolher implica recepcionar o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, e dando-lhe respostas adequadas. Um dos princípios básicos do acolhimento é reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo do processo, valorizando as suas experiências, os seus saberes e a sua visão de mundo.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, pg 87)

Segundo Holanda et. al. (2019, p. 2) no período puerperal a mulher se depara com os vários papéis sociais que lhe são atribuídos como, cuidados com os filhos, com a família e com a casa. Além disso, elas lidam com dúvidas, medos e desconhecimentos sucedidos dessa fase, que influenciam sobremaneira em como vivem a experiência e a significam. Há ainda, o fato da mulher precisar manter sua vida profissional. É importante de que a puérpera esteja informada, quanto mais informações essa mulher possuir, mais segura ela estará para enfrentar o puerpério, ao mesmo tempo que desempenha os demais papéis.

O puerpério é um fenômeno cercado de crenças, mitos e tabus repassados de geração a geração relacionados aos hábitos alimentares e atividades domésticas. As mulheres que atravessam esse período apresentam-se vulneráveis à vivência de sentimentos adversos, diante das restrições e mudanças ocorridas na vida pessoal, conjugal e social. (HOLANDA, 2019, pg 8)

Ainda de acordo com Holanda et. al. (2019, p. 2), não ocorrem apenas modificações físicas, mas também as emocionais, visto que após o parto os níveis hormonais, como de estrogênio no organismo materno, caem bruscamente, podendo gerar uma tristeza ou até, depressão pós-parto. Nesse contexto, torna-se de suma importância o apoio e ações de profissionais como uma rede de acolhimento. A equipe de saúde deve ser capaz de reco-

neher os fatores de riscos, os sinais e os sintomas da depressão, planejar e executar ações preventivas, estabelecendo um relacionamento seguro e de empatia com a puérpera e sua família.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os(as) usuários(as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras atitudes. (UNASUS, 2017, pg 4)

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 16).

5.2. Diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS

Após o nascimento do bebê, inicia-se o período pós-natal, que vai até seis semanas (42 dias). Esse período é marcado por altas taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal.

Os serviços de cuidado pós-natal são um componente fundamental da continuidade dos cuidados maternos, neonatais e infantis, e a chave para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sobre saúde reprodutiva, materna e infantil, incluindo metas para reduzir as taxas de mortalidade materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos. (OMS, 2022, p.1).

Com isso, é importante salientar, que o cuidado pós-natal deve incluir não só a sobrevivência, mas a qualidade de atendimento.

A diretriz da OMS sobre cuidados pós-natal, reconhece a “experiência pós-natal positiva” como uma base para melhoria da saúde e do bem-estar a curto e longo prazo.

A OMS (2022,p.1) define experiência pós-natal positiva como aquela em que mulheres, recém-nascidos, parceria, pais, cuidadores e famílias recebem

informações, garantias e apoio de uma maneira consistente de profissionais de saúde motivados; em que um sistema de saúde flexível e com recursos reconheça as necessidades de mulheres e bebês e respeite seu contexto cultural.

O Binômio mulher e recém-nascido é colocado no centro de cuidados do modelo de atenção pós-natal da OMS. Essa diretriz confirma a importância desse cuidado nas primeiras 24 horas após o nascimento do bebê, independente do local do parto.

O fornecimento de boas práticas clínicas e eficazes, informações úteis e apoio psicossocial e emocional por profissionais de saúde competentes e motivados são essenciais para que todas as mulheres e recém-nascidos recebam com devida atenção, qualidade no atendimento.

Dessa forma, verifica-se que de acordo com as recomendações sobre cuidados maternos e neonatais, para uma experiência pós-natal positiva, a OMS destaca três categorias de cuidados: cuidado materno, cuidado ao recém-nascido e sistemas de saúde e intervenções de promoção a saúde.

É interessante ressaltar, que o GDC (Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes) considerou as primeiras duas semanas após o nascimento, como momento chave para promover a saúde, identificar problemas de saúde e apoiar a transição de cuidados com mulheres e bebês saudáveis,

Mas no tocante a prematuridade, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), observa-se em 2019, que 15 milhões de bebês nascem prematuramente a cada ano no mundo.

De acordo com o último relatório de coalizão global, *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn, 2019*, que inclui UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a OMS (Organização Mundial de Saúde), esses bebês precisam de cuidados especializados para sobreviver. Além disso, com um cuidado integral, esses bebês podem viver sem grandes complicações.

A probabilidade de um recém-nascido sobreviver e prosperar é determinada pelo local de nascimento. Em países de alta renda (HICs), a mortalidade neonatal é incomum e mais de 95% dos recém-nascidos prematuros sobrevivem e prosperam. Em países de renda média (MICs), o risco de deficiência para bebês nascidos entre 28 e 32 semanas de gestação é quase o dobro das

HICs. Em países de baixa renda (LICs), a deficiência é incomum, pois os recém-nascidos mais pequenos e doentes, incluindo os nascidos com menos de 28 semanas de gestação, geralmente morrem por falta de cuidados básicos ou pela incapacidade dos pais ou cuidadores de pagar cuidados avançados quando necessário. (OMS, 2019, p. 3).

Para os pais e cuidadores, a chegada de um bebê é cercada de muitas alegrias e desafios. Porém, quando esse recém-nascido é prematuro ou doente, esse período pode ser de muita preocupação e tristeza. Logo, é importante que todas as gestantes e todos os recém-nascidos sem exceção, tenham acesso a serviços de alta qualidade e acessíveis antes, durante e após o parto.

Neste contexto, observa a OMS, no seu relatório de coalizão global (2019, p.1):

Todos os anos, 30 milhões de recém-nascidos necessitam de cuidados especiais ou intensivos de qualidade em um ambiente hospitalar. Esses recém-nascidos podem e vão sobreviver e prosperar como membros produtivos de nossas sociedades, desde que recebam atendimento hospitalar de alta qualidade no momento certo e no lugar certo, incluindo cuidados de acompanhamento e cuidados centrados na família.

Transformar os cuidados hospitalares para 30 milhões de recém-nascidos vulneráveis, que atualmente estão sendo deixados para trás, é um investimento inteligente que liberará capital humano substancial. Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluindo a cobertura universal de saúde (CUS), até 2030 requer ação agora para prestar cuidados a todos os recém-nascidos pequenos e doentes.

Com efeito, o modelo de cuidado deve ser centrado na mãe e no recém-nascido. O relatório pontua sobre o risco de problemas psicológicos e financeiros de longo prazo dos familiares desse grupo de recém-nascidos, que por sua vez, podem ter efeitos prejudiciais adicionais no desenvolvimento, crescimento social e cognitivo de um recém-nascido. (OMS, 2019)

Para minimizar as consequências adversas da hospitalização para todos, mães e recém-nascidos não devem ser separados e todas as interações

devem ser estruturadas para promover o desenvolvimento saudável. Maximizar o contato com os pais, principalmente com a mãe, estimula o vínculo, apoia a lactação e a alimentação com leite materno e promove o desenvolvimento cognitivo. (OMS, 2019, p. 4).

Os profissionais de saúde devem ser especializados no cuidado com recém-nascidos e adequadamente treinados. Os princípios dos cuidados centrados na família também devem ser incluídos nesta formação em cuidados de saúde, segundo o relatório do OMS.

Quando um recém-nascido é separado da mãe, pai ou cuidador, pode haver mais efeitos adversos no desenvolvimento do cérebro. (OMS, 2019, p.5)

O envolvimento dos pais no cuidado com o bebê pequeno, doente ou de alto risco ajuda a reduzir a ansiedade e o estresse. A parceria mútua dos profissionais de saúde com pais e familiares no apoio ao planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde tem resultado positivo para os bebês, como o ganho de peso e o progresso do neurodesenvolvimento. (OMS, 2019, p.5)

A monitorização e o investimento em saúde nos recém-nascidos de risco pode ter como resultado uma maior sobrevivência desse grupo e a necessidade de melhoria na qualidade de serviço no tocante ao acompanhamento desses bebês. (OMS, 2019, p.5)

Recém-nascidos de risco requerem acompanhamento vigilante para prosperar. É vital rastrear e monitorar a saúde e o desenvolvimento de crianças que nasceram pequenas e doentes para identificar atrasos no desenvolvimento e deficiências, como paralisia cerebral, retinopatia da prematuridade (uma das principais causas de cegueira infantil evitável), deficiências auditivas e visuais e outros atrasos no desenvolvimento. É importante identificar os possíveis problemas com antecedência, para que possam ser abordados e mitigados de forma mais eficaz. (OMS, 2019, p. 6)

A utilização de dados existentes sobre recém-nascidos pequenos ou doentes é uma ferramenta importante para impulsionar ações em melhoria de qualidade. Logo, os países devem coletar, monitorar, compartilhar e avaliar dados sobre esses recém-nascidos, que podem orientar os investimentos e im-

pulsionar ações para obter melhores resultados para sobrevivência e desenvolvimento desses bebês.

Quanto à pesquisa, a OMS (2019, p. 7) pontua:

A maioria das pesquisas sobre cuidados para recém-nascidos pequenos e doentes vem de ambientes de renda alta e média alta e requer testes e adaptação a contextos de poucos recursos. Ter dados específicos do contexto e evidências para a eficácia da intervenção fornecerá insights e validação das verdadeiras necessidades e nuances ambientais.

5.3. Diretrizes do Ministério da Saúde

A promoção da saúde da criança e as estratégias de redução da mortalidade infantil têm sido eixos centrais nas políticas de saúde do Brasil nas últimas décadas. No Brasil, nascem por ano, aproximadamente 3 milhões de crianças em 4.705 maternidades públicas e privadas. Com o intuito de diminuir a mortalidade neonatal, o Ministério da Saúde formulou a Estratégia QualiNEO (EQN), em parceria com o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, implementada em 2017, com o objetivo de ofertar apoio técnico de forma sistemática e integrada às maternidades prioritárias para qualificação das práticas de gestão e atenção ao recém-nascido, a fim de que possam contribuir para a redução da mortalidade infantil, em especial em seu componente neonatal. (BRASIL, 2022)

A estratégia promove a qualificação da atenção e do acolhimento na unidade neonatal, além da organização da rede assistencial percorrida pela gestante e pelo recém-nascido. Outra medida importante é a integração dos programas estratégicos do Ministério da Saúde voltados para a qualificação da assistência neonatal. redução da mortalidade infantil, em especial em seu componente neonatal. (BRASIL, 2022)

O período que vai do nascimento ao cuidado com o recém nascido prematuro e de baixo peso é um momento marcante na vida dos que participam desse contexto e requer muita atenção dos profissionais de saúde ao binômio mãe-filho. Neste período, muitas alterações físicas, psíquicas, econômicas e

sociais acontecem e que não se restringem apenas ao momento do parto, mas que também envolvem o parceiro, a família e a comunidade. (BRASIL, 2017)

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às mulheres no período perinatal, o Ministério da Saúde (MS) publicou e publica ainda muitos textos sobre o assunto para melhor preparar os profissionais de saúde. Como no ano 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal e garantir qualidade e humanização da assistência ao parto e ao puerpério.

Ressalta-se a importância do cuidado perinatal, apoiada nos novos conceitos de neurodesenvolvimento e da neurociência. A adequação dos cuidados voltados à neuroproteção são fundamentais para vida futura saudável. Com isso, trabalhar a qualidade da ambiência na unidade neonatal e estabelecer manuseio refinado dessas crianças é um dos pontos altos desse novo paradigma perinatal. Atrelado a isso, a formulação de diretrizes para um suporte nutricional adequado, assim como os aspectos concernentes à manutenção da estabilidade térmica, da prevenção e do tratamento da apneia e do refluxo gastroesofágico, dos cuidados na broncodisplasia estão presentes na 3a edição do Manual técnico do Método Canguru.

Em uma carta para nortear o cuidado perinatal brasileiro, o Ministério da Saúde (2017, p. 7) explana:

Decorridos mais de 17 anos desde os primeiros encontros realizados na então Área Técnica da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, nos idos de 1999 até os dias atuais, muito se caminhou buscando novos olhares para nortear o cuidado perinatal brasileiro. Havia a sensação de que algo de muito novo clamava para ser mostrado à comunidade científica, de modo convincente, para que pudesse crescer e impactar de maneira positiva no futuro das crianças e de suas famílias. Com isso concorda Jaqueline Wendland (2012) que comenta que não existe nada na vida que possa ser comparado com o surgimento de uma nova vida oriunda de uma gravidez e do momento do parto. Estamos falando do momento mais nobre da nossa existência, que é o cuidado com a

continuidade da nossa espécie, a espécie humana. Nada mais sensível, delicado e importante do que a constituição de um novo ser. Nada mais desafiante do que ajudar a cuidar desse momento, de forma atenta, segura, conhecendo cada particularidade; respeitando a sua integralidade e sabendo prevenir, antecipar e atuar quando necessário. Dessa forma, ao reunir o conhecimento de vários cuidadores de diferentes especialidades envolvidas com a saúde da mulher e da criança, ousou-se construir passos que pudessem unificar esse novo conceito de cuidado perinatal, com uma visão mais holística e humana.

Segundo o Ministério da Saúde, em sua publicação “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015)”, deve ser dada atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru”.

Mesmo que a assistência seja importante para todos os binômios na primeira semana de vida, é importante que se tenha um olhar diferenciado para grupos vulneráveis, como: crianças prematuras, mães adolescentes, famílias em situação de extrema pobreza, em situação de dependência de álcool e outras drogas, com agravos psíquicos, entre outros. (FIO CRUZ, 2020)

A Portaria nº 930 do Ministério da Saúde registra claramente a perspectiva da integralidade e da humanização no cuidado neonatal e descreve como diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; o cuidado multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; a atenção humanizada e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Direitos da família do recém-nascido

Livre acesso e permanência dos pais 24 horas
--

Garantia de refeições para mãe, pai ou substituto

Acesso pleno a informações

Acesso ao prontuário do recém-nascido

Direitos da família do recém-nascido

Visita de avós e de irmãos

BRASIL, 2015

Segundo o Pnaisc: o recém - nascido tem direito a acompanhante em tempo integral para o recém-nascido internado, mesmo que em UTI Neonatal, conforme definido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990) e reiterado pela Portaria GM/MS n.º 930, de 10 de maio 2012, e também pela Portaria GM/MS n.º 1.153, de 22 de maio de 2014, da nova Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 1990b: BRASIL, 2012a).

O artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, 2016, discorre sobre a permanência de um dos pais ou responsáveis:

Art. 12. 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. [\(Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016\)](#)

O Ministério da Saúde propõe um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família, chamado de Método Canguru. Ele promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, bem como contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde do Método Canguru (2017, p. 24), existem muitas vantagens desse método:

Reduz o tempo de separação mãe/pai-filho. Facilita o vínculo afetivo mãe/pai-filho. Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar. Estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração. Possibilita ao

recém-nascido adequado controle térmico. Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar. Reduz o estresse e a dor. Propicia melhor relacionamento da família com a equipe de Saúde. Favorece ao recém-nascido uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral. Melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

O que percebemos ainda é uma dificuldade na operacionalização das diretrizes do cuidado ao recém-nascido de forma integral, bem como a adequada atenção ao binômio.

O Ministério da Saúde (2017, Método Canguru, p. 21) reconhece e ressalta:

O alcance efetivo dessa integração exigirá muita disciplina no conjunto de iniciativas no âmbito da gestão e no âmbito clínico. Com frequência, pressões e mecanismos operacionais do cotidiano induzem a apresentação para estados, municípios, maternidades e até mesmo para os quadros técnicos e profissionais, de ações de qualificação do cuidado neonatal que, se desarticuladas, correm o risco de ter menor compreensão e impacto positivo. O esforço de articulação e integração das iniciativas que têm como foco o cuidado neonatal fortalece uma marca conceitual presente desde o início do MC no Brasil: indissociabilidade entre os diferentes aspectos que compõem o cuidado clínico do recém-nascido, desde seu nascimento e ao longo de toda sua internação, sem a dicotomia entre ações “clínicas” ou “técnicas” e ações de “humanização”. A articulação de conhecimentos e estratégias de qualificação do cuidado clínico em sua integralidade (e na perspectiva de planos terapêuticos singulares para cada recém-nascido e família) exige a integração de todos os componentes do primeiro

eixo da Pnaisc - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

6. METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico do procedimento adotado pela Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no acolhimento da mães e dos recém-nascidos durante o meses de outubro de 2023 a fevereiro de 2024.

Ao se ter como base as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para acolhimento da mãe do recém-nascido e dos seus familiares, o trabalho realizou uma análise de como é feito o acolhimento do binômio mãe e filhos nas unidade neonatais da MEAC. Para isso, foram usados questionários, pela plataforma Redcap, direcionados às mães dos bebês internados.

A análise comparativa ao atendimento compatível com as recomendações e o grupo de pacientes que participou da pesquisa contemplou os seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, deficiência física, localidade, renda materna, realização de pré-natal, número de consultas, uso de álcool, droga, profissional que realizou o acolhimento na unidade neonatal, linguagem utilizada por ele e Macroproblema (infra-estrutura e mobiliário).

Após a realização do diagnóstico comparativo, a pesquisa se dedicou a realizar recomendações sobre quais condutas que merecem ser adotadas para melhoria ou máxima aproximação às diretrizes elencadas pelo MS para a promoção do acolhimento desejável no âmbito da MEAC, a fim de se promover o tratamento humanizado aos recém-nascidos em situação de vulnerabilidade.

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal que foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva e de UCINCO da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand - EBSERH/ Universidade Federal do Ceará. Caracteriza-se como um estudo

qualitativo, de enfoque misto, apresentando análises dos dados coletados mediante entrevistas com as mães através de questionários.

Foi dada a opção de os participantes preencherem o questionário ou serem feitos na forma de entrevista para poder abranger todas as mães que estavam com os seus filhos na unidade neonatal, excluindo apenas aquelas que não queriam participar da pesquisa.

Uma pesquisa científica de qualidade tem como base um bom delineamento do estudo, e a definição do tipo de estudo é fundamental no trabalho científico (FREIRE, M.C.M.; PATTUSSI, M.P., 2018).

Quanto aos objetivos metodológicos, a pesquisa assumiu um caráter exploratório, porquanto, segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 51), “tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento”.

A pesquisa também realizou uma abordagem qualitativa acerca do tema. Eis que as unidades neonatais oferecem atendimento aos usuários do SUS, sendo realizada assistência neonatal aos recém-nascidos prematuros, termos e pós-termos.

Pesquisa qualitativa “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

E quanto ao procedimento técnico, a pesquisa tanto no levantamento bibliográfica quanto em atividade de campo. Com efeito, o material a ser utilizado se concentrou nos livros, revistas científicas, artigos, dissertações e teses acadêmicas especializadas no tema ou que versam sobre assuntos ligados ao tema.

A pesquisa bibliográfica possibilitou a análise comparativa de várias posições acerca do tema, a partir das quais o foi possível defender a tese. Teve como objetivo ampliar o conhecimento sobre o assunto em questão.

Sobre esse procedimento, Bastos (2012, p. 33) registra a seguinte recomendação:

Na verdade, existe a possibilidade de as fontes secundárias apresentarem dados coletados ou processados de forma incorreta, o que acarreta a reprodução e ampliação do erro. Portanto, é fundamental que os pesquisadores assegurem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisem minuciosamente cada

informação, busquem descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizem fontes diversas, comparando-as cuidadosamente.

Os dados bibliográficos foram registrados em fichas documentais ou arquivos na memória digital do computador, distinguindo-se os mais significativos. Ao mesmo tempo, foi organizada a redação provisória do trabalho, colocando-se em ordem os dados obtidos.

Já a pesquisa de campo se baseou no levantamento de dados relacionados aos fatos de acolhimento das famílias dos recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva e de UCINCO da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand - EBSERH/ Universidade Federal do Ceará, e as várias relações deste fenômeno com a evolução clínica dos pacientes.

Quanto ao período de estudo, o mesmo foi realizado de novembro de 2023 até fevereiro de 2024.

A redação deste trabalho levou como base o checklist para estudo transversal preconizados pela iniciativa STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology), um modelo que pode ser seguido por autores de estudos observacionais e que tem como objetivo contribuir para uma redação mais adequada nesses estudos e, conseqüentemente, facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral (MALTA et al., 2010).

6.2 Local de estudo

A Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC) foi escolhida como cenário da pesquisa, pois é considerado um dos centros de referência em assistência neonatal do Estado do Ceará de nível terciário e de alta complexidade, reconhecido como instituição de ensino e pesquisa. Está localizada em área física do Campus da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza, Ceará, Brasil, faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH -UFC) e está sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e atende gratuitamente a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, é considerada a maior maternidade pública do Ceará. Em 2019, realizou uma média mensal de 430 partos, 458 cirurgias e 7.126 exames

e procedimentos diagnósticos, entre outros serviços. Tem como missão "realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido", atuando na formação de profissionais especializados nas áreas da saúde, sendo campo de teoria e prática para alunos de graduação, curso técnico e de residências médica e multiprofissional da UFC. Como meio, presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Entre as especialidades, destacam-se obstetrícia, medicina fetal, neonatologia, ginecologia e mastologia, prestando assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido.

A Emergência funciona 24 horas e 7 dias por semana. A MEAC conta ainda com Banco de Leite Humano de alto padrão e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Instituição Hospital Amigo da Criança, a MEAC foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia do Brasil e condecorada pela Câmara dos Deputados com o Prêmio Dr. Pinotti 2019, como Hospital Amigo da Mulher.

As unidades neonatais são divididas em UTIN 3A com 12 leitos, UTIN 3B com 9 leitos, UCINCO 1 e 2 com 30 leitos no total. A maternidade não dispõe de espaço para poltronas ao lado dos leitos para que as mães possam acompanhar seus bebês 24h, mas há cadeiras onde elas fazem a posição canguru com o bebê quando possível. Muitas vezes, as unidades estão acima da sua capacidade o que dificulta a colocação de cadeiras dentro da unidade devido ao espaço físico pequeno. Não há sala com banheiro e bebedouro para que as mães possam passar o dia. Porém, há um espaço com sofá no corredor próximo a UCINCO 2, onde elas se agrupam.

Apesar de enfrentar dificuldades estruturais para o acolhimento neonatal, o serviço não é omissivo em acolher. Há uma equipe de psicólogos e serviço social que prestam assistência às mães. É disponibilizada refeição para as mães que já receberam alta, mas que passam o dia na maternidade para acompanhar os seus filhos.

O serviço dispõe de Terapia ocupacional para as mães, porém apenas uma vez na semana e não há atividades conjuntas diariamente durante o período em que elas estão na maternidade. Elas também não recebem ajuda

para o transporte.

Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), do Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh (CH-UFC) presta assistência a mulheres grávidas e aos seus filhos, atendidos na Maternidade, e já recebeu, desde a sua criação até março de 2022, 1.839 grávidas, 790 puérperas e 431 recém-nascidos. O lugar tem capacidade de receber até 15 mulheres e sete recém-nascidos simultaneamente. (CH-UFC/Ebserh, 2022)

Casa da gestante funciona próximo à maternidade, porém com algumas restrições como poucos leitos e genitoras com transtorno mentais não podem ser admitidas.

6.3 População do estudo

O presente estudo utilizou uma amostragem consecutiva com um total de 43 participantes, abrangendo o período de coleta de dados de novembro de 2023 a fevereiro de 2024 na MEAC. Essa abordagem foi adotada para garantir a inclusão de todas as mães que se encontravam com seus bebês internados nas unidades neonatais durante o período especificado e que aceitasse participar da pesquisa.

As avaliações serão realizadas com os bebês cujos pais autorizarem a participação na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE), após terem sido informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Participarão da pesquisa as mães que estiverem com os seus bebês internados ou na unidade de cuidados intermediários e/ou na unidade de cuidados intensivos. Critério de inclusão: toda puérpera que estiver com o seu filho internado na unidade neonatal. Serão excluídas apenas as que não aceitarem participar da pesquisa.

6.4 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram observados por meio das diretrizes e normas da Resolução do Ministério da Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com normas do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), bem

como o termo para mãe adolescente (ANEXO B). O pesquisador no dia da coleta de dados irá fazer convite para os participantes para ingressarem na pesquisa, trazendo os objetivos e a importância. O pesquisador compromete-se em manter sigilo quanto à identidade das pacientes e utilizar os dados exclusivamente para fins científicos. O presente projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC com o CAAE: 77334624.4.00005045 e o nº de parecer de 7.104.102.

6.5 Método estatístico

Os dados deste estudo foram coletados e gerenciados utilizando a plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture), hospedada pela Unidade de Pesquisa Clínica do Complexo de Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará (UFC).

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média, desvio-padrão e mediana, de acordo com a distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (percentuais).

Neste estudo, foi adotada uma abordagem descritiva, sem comparações inferenciais. Todas as análises foram realizadas com o intuito de sumarizar os dados de forma clara e precisa. As descrições têm como objetivo fornecer uma visão detalhada das características da amostra e das variáveis investigadas, sem testes de hipóteses estatísticas.

Os cálculos e tabelas descritivas foram gerados utilizando o software R Studio 2023.03.0 e Microsoft Excel 2016.

7. RESULTADO

7.1. Descrição da amostra

Em nosso estudo, aplicamos questionários a 43 mulheres, as participantes apresentavam, em média, 28 anos. Somente 15% ingressaram no ensino

superior. As mães que participaram, tiveram em média 12 anos de escolaridade. Ainda, 25 pacientes relataram estar casadas/união estável (58,1%) e 17(40%) solteiras. É possível observar que a maioria das participantes mora em Fortaleza (67%) e que nenhuma relatou deficiência física ou necessidades especiais. 44% das mães que estavam com seus filhos internados na unidade neonatal são chefes de família e 60% têm renda menor que um salário mínimo. (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das participantes avaliadas - mães dos recém - nascidos internados nas unidades neonatais.

População do estudo	
Características	N = 43 ¹
Idade	29 ± 8 (28)
Escolaridade	11.02 ± 2.04 (12.00)
Curso superior	6 (15%)
Desconhecido	2
Estado civil	
Casada	7 (16%)
União estável	18 (42%)
Solteira	17 (40%)
Viúva	0 (0%)
Divorciada	1 (2.3%)
Fortaleza ou interior	
Fortaleza	29 (67%)
Deficiência física	0 (0%)
Renda materna	

0	26 (60%)
1	14 (33%)
2	3 (7.0%)
Chefe de família	19 (44%)
¹ Média ± Desvio Padrão (Mediana); n (%)	

7.2. Descrição do pré-natal, número de consultas e uso ou não de álcool e/ou drogas ilícitas.

Todas as mulheres que participaram da pesquisa realizaram pré-natal na rede pública de saúde (43, 100%). A média de consultas foi de 7 no período pré-natal. Observou-se que a maioria não fez uso de álcool durante a gestação (41; 95%) e que nenhuma fez uso de droga ilícita durante a gestação (0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição do pré-natal, número de consultas e uso ou não de álcool e/ou drogas ilícitas.

Características	N = 43 ¹
Pré-natal	43 (100%)
Nº de consultas Pré Natal	7.14 ± 2.92 (7.00)
Álcool	2 (4.7%)
Droga ilícitas	0 (0%)
¹ n (%); Média ± Desvio Padrão (Mediana)	

7.3. Descrição do acolhimento dado as mães pelos profissionais de saúde.

Quanto ao acolhimento pelos profissionais de saúde quando a mãe chega na unidade neonatal, 37% delas relatou que o primeiro profissional que lhe recebeu na unidade neonatal foi o médico, 30% das participantes relataram que foram recebidas pela enfermeira, 16% por outro profissional da saúde, sendo que 50% destas foi por técnica de enfermagem e 50% por ninguém. Não souberam informar por quem foram acolhidas, 14% e nenhuma das participantes foi acolhida por assistente social. (Tabela 3).

Ainda com relação ao acolhimento dado pelos profissionais de saúde às mães dos bebês internados na unidade neonatal, 74% delas informaram que eram chamados pelos seus nomes e 47% dos profissionais chamavam o seu filho pelo nome do bebê. 88% das mães relataram ter recebido explicação de como lavar as mãos ao entrar na unidade neonatal, 56% recebeu explicação sobre o que é a unidade neonatal onde o seu filho está internado e 86% disse receber informações sobre o quadro clínico do bebê e sobre os horários de visita ao bebê na unidade neonatal. 51% das participantes consideraram que o tempo que passaram com o profissional de saúde foi suficiente para esclarecer suas dúvidas sobre a internação do bebê. 72% delas relataram que os profissionais explicaram olhando nos seus olhos e 77% compreenderam o que lhe foi dito acerca do bebê.

Nenhuma mãe relatou dormir na unidade neonatal e 98% delas informou que gostaria de dormir na unidade neonatal com o seu filho. Apenas 35% delas têm condições financeiras para ficar indo visitar o bebê no hospital. 60% das mães relataram conseguir ter notícias do seu bebê todos os dias. 40% das participantes consideraram excelente o acolhimento recebido na unidade neonatal, 26% relataram ter sido ótimo, 14% bom, 12% péssimo e 9,3% ruim. Com relação a como as mães se sentem dentro da unidade neonatal, 35% se sentiu excelente, 28% considerou bom, 21% ótimo, 12% péssimo e 4,7% ruim.

Tabela 3 - Descrição do acolhimento dado as mães pelos profissionais de saúde.

Características	N = 43 ¹
Profissional que fez o acolhimento	
NÃO SEI INFORMAR	6 (14%)
MÉDICO	16 (37%)
ENFERMEIRA	13 (30%)
ASSISTENTE SOCIAL	0 (0%)
FISIOTERAPEUTA	1 (2.3%)
OUTRO {especificar_outro_prof}	7 (16%)
Chamada pelo nome	32 (74%)
Recém nascido chamado pelo nome	
1	20 (47%)
0	23 (53%)
De 1 a 5 nota dada ao acolhimento	
1, Péssimo	5 (12%)
2	4 (9.3%)
3	6 (14%)
4	11 (26%)
5, Excelente	17 (40%)
Explicação sobre lavagem das mãos ao entrar na unidade	38 (88%)
Explicação sobre o que é a unidade neonatal	24 (56%)

Tabela 3 - Descrição do acolhimento dado as mães pelos profissionais de saúde.

Explicação sobre o quadro clínico do seu bebê	37 (86%)
Explicação sobre os horários de visita ao seu bebe na unidade neonatal	37 (86%)
De 1 a 5 como a mãe se sentiu na unidade neonatal, sendo 1 ruim e 5 ótimo	
1. Péssimo	5 (12%)
2. Ruim	2 (4.7%)
3. Bom	12 (28%)
4.	9 (21%)
5, Excelente	15 (35%)
Mães que dormem na unidade neonatal	0 (0%)
Condições financeiras para visitar o seu bebe	15 (35%)
Informação diária sobre o bebê	26 (60%)
O tempo com o profissional de saúde suficiente	22 (51%)
Explicou olhando nos olhos	31 (72%)
Entendimento sobre informação dada	33 (77%)

¹
n (%)

7.4.Descrição de Macroproblema

A tabela abaixo descreve os macroproblemas da unidade neonatal. 47% das participantes relataram ter pouca informação sobre a unidade neonatal e

sobre o bebê, 42% afirmam que o diálogo é um grande problema. Ainda, 44% informou a infraestrutura ser o maior problema, 35% o mobiliário e 12% recurso humano. 19% referiu não ter um macroproblema.

Tabela 4 - Descrição de Macroproblema

Características	N = 43 ¹
Macroproblema Sem problema	8 (19%)
Macroproblema Infraestrutura	19 (44%)
Macroproblema Mobiliário	15 (35%)
Macroproblema Diálogo	18 (42%)
Macroproblema Informação	20 (47%)
Macroproblema Recurso Humano	5 (12%)
Macroproblema Outro	2 (4.7%)

¹
n (%)

8. DISCUSSÃO

Análise comparativa com as recomendações de acolhimento.

Sabe-se o quão importante é um acolhimento humanizado e com infraestrutura adequada para receber a mãe e o bebê na unidade neonatal.

A pesquisa mostra que a maioria das mulheres são jovens, uma média de 28 anos e idade, e que 44% das mães que estavam com seus filhos internados na unidade neonatal são chefes de família e 60% têm renda menor que um salário mínimo. Ou seja, mulheres jovens e de baixa renda que vão precisar

ficar com os bebês internados na unidade neonatal por um longo período de tempo.

Trata-se de um dado importante já que Maternidade de Escola Assis Chateaubriand não dispõe de infra-estrutura para as mães acompanharem os seus bebês 24h.

A rotina prática pode ser assim exemplificada: a família encontra uma equipe bem atarefada, se assusta com a quantidade de aparelhos e sons dentro da unidade neonatal, não é recebida e apresentada nem aos profissionais e nem ao ambiente. Além de que, encontra um bebê diferente do que imaginou ou idealizou durante a gestação.

O ambiente da unidade neonatal exerce influencia na qualidade da relação mãe-filho. Além disso, se é excessivamente turbulento e confuso leva a uma maior ansiedade materna e agitação do bebê. (BRAZELTON,1989)

Muitas mães não têm estrutura familiar, algumas estão sozinhas no hospital, não têm condições de visitar diariamente o bebê, por motivos financeiros, outras moram no interior e a prefeitura não disponibiliza transporte. E desta forma, elas perdem o vínculo com o bebê, não aprendem os cuidados com os seu filho, seja ele termo, prematuro e/ou de baixo peso. E, na grande maioria das vezes, recebem alta de forma não segura. Além disso, perdemos o estímulo ao aleitamento materno, ao Método Canguru, e vemos uma maior permanência desses bebês nas unidades neonatais.

Fazendo uma análise comparativa do que é orientado pela OMS e Ministério da Saúde e o que encontramos na maternidade estudada, Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, concluímos que em alguns quesitos a maternidade não consegue seguir ou por despreparo da equipe ou por carência na infra-estrutura.

Entre as principais falas das mães da pesquisa, está o desejo de dormir com e seu bebê e a necessidade de humanização por parte da equipe de saúde.

“O hospital me acolheu muito bem, da emergência, uti, enfermaria ao recebimento de alta. Algumas ações de falta de empatia de algumas enfermeiras, mas não todas. Agora queria citar sobre a questão o acolhimento nas neo, alguns enfermeiras, técnicos precisa ser mais empática, e sinto a necessidade

de humanização. Mas o RN, está sim sendo bem acolhido. A necessidade de terem dormitórios para as mãezinhas é o principal.” (Questionário 1, 07/02/2024)

Nesse contexto, observa-se como relevante o fato de as mães e familiares dos recém-nascidos fazerem visitas diárias à unidade neonatal, já que não podem permanecer no hospital com os seus bebês, verificando-se falta de estrutura ou de programa de acolhimento dessas pessoas. Porém, muitas não têm condições financeiras para ir e vir todos os dias, algumas são do interior e têm dificuldade para conseguir transporte.

Segundo Winnicott, 2006, em seu livro “Os Bebês e suas Mães”: Um bebê sozinho não existe. Ele é sempre parte de uma família cuja presença dentro da Unidade Neonatal é um direito que deve ser respeitado e assegurado.

Além disso, a Maternidade não dispõe de uma sala para as mães com banheiro e água para elas passarem o dia, nem de cadeira ao lado da incubadora já que não há espaço suficiente. Quando a mãe quer colocar o bebê na posição Canguru, esta tem que solicitar a algum profissional para trazer a cadeira.

“Queria que pudesse ficar perto do meu filho. Muitas mães queriam.” (Questionário 20, 29/02/2024)

“Deveria melhorar mais, deveria ter mais T.O, psicologia, cadeira mais confortável, uma recepção mais confortável para nós. Pois estamos enfrentando um processo doloroso. Um bebedor e um banheiro mais próximo a UTI e as técnicas serem mais atenciosas.” (Questionário 27, 29/02/2024)

Diante desse cenário, há a necessidade de melhorar a assistência neonatal como um todo, pois observamos que não se trata apenas no cuidado com o recém-nascido, mas com a família. Uma assistência humanizada que englobe a família e que ofereça condições para a mãe estar presente na unidade, melhorando o vínculo com o seu bebê.

Tal análise é importante em razão da essencial melhoria no acolhimento das mães na unidade neonatal, bem como diminuir o tempo de internação desses recém-nascidos, prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis.

Após o estudo, percebo a necessidade de implantação e aperfeiçoamento de um plano de acolhimento das mães desde o primeiro dia na unidade neonatal. Desta forma, havendo a promoção de um ambiente mais favorável para o tratamento e desenvolvimento neonatal já que é possível se verificar que a presença da mãe é determinante para o desempenho da evolução clínica do paciente recém-nascido.

A Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, maternidade referência no Estado do Ceará, onde foi realizada a pesquisa, necessita de um melhor acolhimento para essas mães de forma humanizada.

9. RECOMENDAÇÕES

Após a análise feita pela pesquisa, deixo aqui recomendações de condutas para melhoria do acolhimento na MEAC ante às diretrizes elencadas pelo Ministério da Saúde.

Fazer com que a Unidade Neonatal seja um ambiente acolhedor para os bebês, seus pais e família, propiciando a formação de vínculos e a recuperação do bebê.

A equipe de saúde deve ser elo entre a mãe e o seu bebê internado na unidade neonatal, facilitando o vínculo entre os dois e não dificultando. É responsabilidade da equipe localizar a mãe e mostrar-se disponível para fornecer informações sobre o ambiente em que o bebê está e sobre as condições clínicas do mesmo.

Além disso, a equipe de saúde deve estar ciente de que a mãe não é visita, mas sim acompanhante do bebê. E que após a alta, a mãe irá com o seu bebê para casa e será responsável pelos cuidados dele. Logo, é importante que a mãe seja incluída nos cuidados com o seu bebê ainda internado: participar do banho, da oferta de alimentação e medicações orais dentro das unidades neonatais quando possível.

É importante, o serviço ter mais atividades em grupos com as mães, rodas de conversas com psicologia, serviço social para apoio e troca de experiências. Terapia ocupacional mais vezes na semana, pelo menos duas ou três

vezes na semana. Palestra envolvendo a equipe médica para esclarecimento de dúvidas sobre o ambiente neonatal.

Avaliar juntamente com o serviço social e gestão sobre a possibilidade de se conseguir auxílio transporte para as mães que moram no interior e não têm condições financeiras para ir ver seu filho.

E por fim, com a construção do novo prédio que está em obra, já haver programação de espaço para poltronas dentro das unidades neonatais para melhorar o vínculo das mães com os bebês e tornar a assistência mais humanizada. Construção de uma sala para as mães da neonatologia, como já existe em outros serviços, com banheiro e bebedouro para que elas possam tomar banho e descansar.

10. CONCLUSÃO

Avaliar o acolhimento do binômio neonatal, no âmbito da MEAC, remeteu-me ao desvelamento da assistência humanizada às mães e aos seus bebês como uma estratégia imprescindível para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil.

Para tanto, ao utilizar uma análise comparativa com as diretrizes do MS e da OMS, vários aspectos foram observados para melhorar ainda mais a assistência prestada na maternidade estudada, haja vista essa análise ter como objetivo contribuir para uma assistência humanizada das mães e dos recém-nascidos na unidade de terapia intensiva e de cuidados intermediários, diminuindo assim tempo de internação, melhora do prognóstico dos bebês prematuros, redução de atraso no neurodesenvolvimento e reforçar o vínculo mãe-bebê.

Conquanto, há que ressaltar, nesse contexto, a complexidade dessa intervenção ao compreender que ela se dá na intersecção entre os campos da saúde, e da gestão. Desta forma, é importante haver planejamento e o desenvolvimento de ações que visem a melhoria da qualidade da atenção à saúde materno-infantil.

11. ORÇAMENTO

Ano 2024	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Coleta de dados no unidade neonatal		x	x									
Limpeza e análise dos dados			x									
Elaboração relatório			x									
Qualificação		x										
Defesa da Dissertação												x

13. REFERÊNCIAS

ARAÚJO CF, CUNHA JXP da, MENDES L dos S, BIONDO CS. **Acolhimento à família de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. 29º de abril de 2021 [citado 3º de janeiro de 2024];95(34):e-021063. Disponível em: <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1014>

BASTOS, Núbia Maria Garcia. **Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico.** 5 ed. Fortaleza: Nacional, 2012.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata:** Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 12. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 241 p. (série legislação; n. 122)

BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação (Livro).** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 208p

CAROLINE, A.; COSTA, L.; SILVA, M. D. **Separação inevitável do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna.** 509-515; 2018.

CARVALHO, Alex Moreira et. al. **Aprendendo Metodologia Científica.** São Paulo: O Nome da Rosa, 2000.

CLOHERTY, John P. et al. **Manual de Neonatologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/Ebserh; Casa da Gestante da maternidade-escola da Rede Ebserh no CE já atendeu mais de 2,6 mil mulheres em 5 anos. FORTALEZA, CE; 09/05/2022 15h16. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/casa-da-gestante-da-maternidade-escola-da-rede-ebserh-no-ce-ja-atendeu-mais-de-2-6-mil-mulheres-em-5-anos>

FANAROFF, Avroy A. et al. **Neonatologia Perinatal Medicine.** 10. ed. Volume 1. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015.

FREIRE, M.C.M.; Pattussi M.P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, C. **Metodologia**

científica. Ciência, ensino e pesquisa. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p. 109-127.

HENNING, M.A.S, GOMES, M.A.S.M., GIANINI, N.O.M. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru"**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2006, 427-435.

HOLLANDA GSE, LIMA VKS, OLIVEIRA B MM, BEZERRA RA, CARVALHO CML, SANTOS LVF. **Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe - filho.** J. nurs. health. 2019;9(3): e199307

Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. **Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais.** Rev Saúde Pública [Internet]. 2010. Jun;44(3):559–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido: guia para os profissionais da saúde. Atenção à saúde do recém-nascido.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido: guia para os profissionais da saúde. Cuidados com o recém-nascido pré-termo.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada.** Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização.** Humaniza Sus, 1ª edição. Brasília – DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015),** página 44, BRASIL 2015b, art. 7º.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **QualiNeo: estratégia oferece assistência ao recém-nascido de risco;** BRASIL , novembro de 2022 <https://www.gov.br/sau-de/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/qualineo-estrategia-oferece-assistencia-ao-recem-nascido-de-risco>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha.** SAS – Brasília/DF – Jan./2013 – 5.000 ex. – Editora MS/CGDI/SAA – OS 2013/016

LAURENTI, ET AL. Revista Brasileira de Epidemiologia. **O estudo do binômio mãe-filho: descrição e resultados gerais.** ABR-JUN 2015; 18(2): 398-412.

NOGUEIRA, DENISE LIMA. **Avaliação do (s) modelo(s) educacional(is) de formação desenvolvido(s) para a atenção à saúde materno-infantil em sobral/ce no período de 2014 a 2018.** Universidade Federal do Ceará. FORTALEZA -CE, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **SURVIVE and THRIVE Transforming care for every small and sick newborn**, WHO, UNICEF . Geneva, Switzerland, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva**. Human reproduction programme. Geneva, Switzerland, 2022.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos**. Últimas notícias, 13/12/2018. <https://www.paho.org/pt/noticias/13-12-2018-quase-30-milhoes-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-tratamento>.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA ;HOFFMANN; ZACARON. **Acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepções das profissionais e mães**. Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 198-212, jan./abr. 2018. <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804017/html/>

SOUZA, K.M.O. , FERREIRA, S.D. **Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde**. Instituto Fenandes Figueiras, Fiocruz. 2008; 471-480.

UNASUS; Sistema Universidade Aberta do SUS. **Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno na Atenção Básica - Parte I**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz & UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO; 2017. https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/3822/mod_resource/content/1/und1/4.html

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/meac/sobre-o-hospital>

WINNICOTT, Donald Woods. **Os Bebês e suas Mães**. 3ª Ed. 112p. Editora Martins Fontes, 2006.

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIOS****QUESTIONÁRIO 1 - Informações sobre a mãe que está com seu filho na unidade neonatal**

1. Qual a sua idade ? _____ anos

2. Qual o nível de escolaridade? _____ anos

3. Fez curso superior ?

SIM () NÃO ()

Se sim, qual: _____

4. Qual o estado civil?

() Casada () União estável () Solteira

5. Você mora em Fortaleza ou no interior?

() Fortaleza () Interior , qual: _____

6. Realizou o pré-natal?

SIM () NÃO ()

Se sim, quantas consultas: _____

7. Portadora de deficiência física?

SIM () NÃO ()

Se sim, qual: _____

8. Renda?

Quanto: _____

9. Você é chefe de família?

SIM () NÃO ()

10. Você faz uso de Droga ilícita e/ou Álcool ?

Não faz uso ()

Droga ilícitas ()

Álcool ()

QUESTIONÁRIO 2 - ACOLHIMENTO: Direcionado a mãe que está com seu filho na unidade neonatal

1. Você foi recebida na unidade neonatal por algum profissional de saúde?

SIM () NÃO ()

2. Quem primeiro lhe acolheu na unidade neonatal?

() MÉDICO () ENFERMEIRA () ASSISTENTE SOCIAL () FISIOTERAPEUTA () OUTRO _____ () NÃO SEI INFORMAR

3. Você foi chamada pelo seu nome?

SIM () NÃO ()

4. Seu filho foi chamado pelo nome?

SIM () NÃO ()

5. De 1 a 5 que nota você dar ao acolhimento que recebeu na unidade neonatal?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

6. Você recebeu explicação sobre como lavar as mãos ao entrar na unidade ?

SIM () NÃO ()

7. Você recebeu explicação sobre o que é a unidade neonatal em que seu bebe esta internado?

SIM () NÃO ()

8. Você recebeu explicação sobre o quadro clínico do seu bebê?

SIM () NÃO ()

9. Você recebeu explicação sobre quais os seus direitos durante a internação do seu bebe?

SIM () NÃO ()

10. Você recebeu explicação sobre os horários de visita ao seu bebe na unidade neonatal?

SIM () NÃO ()

11. De 1 a 5 como você se sentiu na unidade neonatal, sendo 1 ruim e 5 ótimo?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

12. Você dorme na unidade neonatal?

SIM () NÃO ()

13. Se não, você gostaria de dormir?

SIM () NÃO ()

14. Você tem condições financeiras para ficar vindo visitar o seu bebe?

SIM () NÃO ()

15. Se não, recebe alguma ajuda de custos?

SIM () NÃO ()

16. Você consegue ter notícias do seu bebê todos os dias ?

SIM () NÃO ()

17. O tempo que a senhora passou com o profissional de saúde foi suficiente?

SIM () NÃO ()

18. Ele explicou olhando nos seus olhos?

SIM () NÃO ()

19. A senhora compreendeu o que ele lhe disse?

SIM () NÃO ()

20. Qual a sua impressão sobre o acolhimento que a senhora está recebendo?

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Nós, Pesquisadores do Projeto Intitulado “ **AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA**”, que tem como objetivo Analisar como é feito o acolhimento das mães nas unidades neonatais de terapia intensiva e Unidade de cuidados intermediários da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e concordamos em participar do mesmo.

Fortaleza, 26 de dezembro de 2023.

PESQUISADOR

JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL

ROBERTA GOMES RODRIGUES PESSOA

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE
PRONTUÁRIOS MÉDICOS****AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA
UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, 08 de janeiro de 2024

PESQUISADORES

PROFESSOR DR. JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL

ROBERTA GOMES RODRIGUES PESSOA

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezada senhora,

Você está sendo convidada por mim, Roberta Gomes Rodrigues Pessoa, médica e servidora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), aluna do mestrado, a participar, voluntariamente, da Pesquisa que estou desenvolvendo, intitulada: **“AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA”**.

Esta pesquisa pretende avaliar como é feito o acolhimento das mães nas unidades neonatais de terapia intensiva e de cuidados intermediários (UCINCO) da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand

Sua participação consiste em responder dois questionários com perguntas sobre o assistência feita pelos profissionais de saúde à senhora e ao seu bebê durante a permanência do mesmo na unidade neonatal.

Você poderá desistir de participar, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de seu atendimento médico.

Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa.

O benefício da pesquisa é contribuir para uma assistência humanizada das mães e dos recém-nascidos nas unidade neonatais. Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato.

Somente depois de devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento, caracterizando a sua autorização para participar da pesquisa. Este termo de consentimento está sendo elabora-

do em duas vias, sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Em caso de dúvidas, você poderá se comunicar com o pesquisador Roberta Gomes Rodrigues Pessoa nos telefones (85)994243479 e (85)33668528. Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola encontra-se disponível para reclamações pertinentes a pesquisa pelo telefone 3366.8569/3366.8523 ou no endereço Rua coronel Nunes de Melo S/N Rodolfo Teófilo - CEP 60430-270.

Eu, _____, portador de documento de identidade (RG) de número _____, cujo número de prontuário na MEAC é _____, declaro ter sido devidamente esclarecida verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA”**, que está sendo realizada pela médica Roberta Gomes Rodrigues Pessoa, e dou o meu livre consentimento para o referido estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura da paciente

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (RESPONSÁVEL PELA PACIENTE MENOR DE IDADE)

Prezada senhora,

Você está sendo convidada por mim, Roberta Gomes Rodrigues Pessoa, médica e servidora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), aluna do mestrado, a participar, voluntariamente, da Pesquisa que estou desenvolvendo, intitulada: **“AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA”**.

Esta pesquisa pretende avaliar como é feito o acolhimento das mães nas unidades neonatais de terapia intensiva e de cuidados intermediários (UCINCO) da Maternidade de Escola Assis Chateaubriand

Sua participação consiste em responder dois questionários com perguntas sobre o assistência feita pelos profissionais de saúde à senhora e ao seu bebê durante a permanência do mesmo na unidade neonatal.

Você poderá desistir de participar, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de seu atendimento médico.

Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa.

O benefício da pesquisa é contribuir para uma assistência humanizada das mães e dos recém-nascidos nas unidade neonatais. Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato.

Somente depois de devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento, caracterizando a sua autorização para participar da pesquisa. Este termo de consentimento está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Em caso de dúvidas, você poderá se comunicar com o pesquisador Roberta Gomes Rodrigues Pessoa nos telefones (85)994243479 e (85)33668528. Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola encontra-se disponível para reclamações pertinentes a pesquisa pelo telefone 3366.8569/3366.8523 ou no endereço Rua coronel Nunes de Melo S/N Rodolfo Teófilo - CEP 60430-270.

Eu _____ responsável por, _____, portador de documento de identidade (RG) de número _____, cujo número de prontuário na MEAC é _____, declaro ter sido devidamente esclarecida verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa “AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE NEONATAL FECHADA DE UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA”, que está sendo realizada pela médica Roberta Gomes Rodrigues Pessoa, e dou o meu livre consentimento para o referido estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____

Assinatura da paciente

Assinatura do Pesquisador

