



Universidade Católica do Salvador
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea

MÁRCIA CRISTINA SOUSA FONSECA

**HUMANIZAÇÃO NA RELAÇÃO MÃE/PAI/BEBÊ
PREMATURO EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO
PRECOCE**

Salvador
2016

MÁRCIA CRISTINA SOUSA FONSECA

**HUMANIZAÇÃO NA RELAÇÃO MÃE/PAI/BEBÊ
PREMATURO EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO
PRECOCE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador (UCSal), como requisito parcial em cumprimento às exigências para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Linha de pesquisa: contextos familiares e subjetividade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elaine Pedreira Rabinovich

Salvador
2016

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

F676 Fonseca, Márcia Cristina Sousa
Humanização na relação mãe/pai/bebê prematuro em uma
UTI neonatal: a separação precoce/ Márcia Cristina Sousa
Fonseca. – Salvador, 2016.
146 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.
Orientação: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Humanização 2. UTI Neonatal 3. Separação
4. Vínculo mãe/pai/bebê prematuro I. Universidade Católica do
Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
II. Rabinovich, Elaine Pedreira – Orientadora III. Título.

CDU 616-083:616-053.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Márcia Cristina Sousa Fonseca

**“HUMANIZAÇÃO NA RELAÇÃO MÃE/PAI/BEBÊ PREMATURO EM
UMA UTI NEONATAL: a separação precoce.”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 2 de dezembro de 2016.

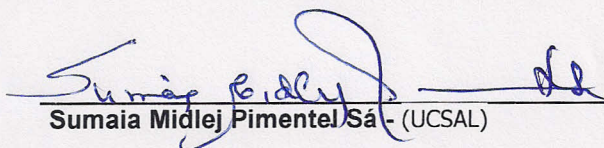
Banca Examinadora:



Elaine Pedreira Rabinovich
Orientador(a) - (UCSAL)



Carlos César Barros - (UEFS)



Sumaia Midlej Pimentel Sá - (UCSAL)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a essa força maior e onipotente que rege o universo, pelo presente da vida, e que muitos insistem em chamar de Deus! Alá! Maomé! Jeová! Enfim, acredito que ele me acompanha desde sempre ajudando-me a percorrer os caminhos que procuro através dos mais variados instrumentos e formas de saber.

Em especial, gostaria de agradecer à minha querida orientadora, Dr^a Elaine Pedreira Rabinovich, pela disponibilidade, por ter aceitado participar desse caminhar comigo, pela atenção dispensada, pelo rigor técnico exigido a uma mestranda, pela confiança depositada que fez com que este trabalho suscitasse novos estudos.

Aos demais professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea pela troca de conhecimento, pelo companheirismo e solidariedade diante das minhas dificuldades.

Meus respeitosos agradecimentos aos professores Dr. Carlos César Barros e Dr^a Sumaia Midlej Pimentel Sá, pelas contribuições no exame de qualificação e por fazerem parte da banca examinadora de defesa.

Agradeço aos meus pais, Valdir e Isabel que me apresentaram ao mundo, por meio, dos sentimentos permeados de amor, afeto, compromisso e limites na medida certa e que por muitas ocasiões sacrificaram seus objetivos e seus sonhos em favor dos meus, em especial a minha mãe (*in memoriam*) que me ensinou a trilhar pelo caminho da ética, do bom senso, que sempre acreditou na minha capacidade de buscar o meu lugar e espaço no palco da vida.

A Lucimário, meu companheiro, por seu constante incentivo e encorajamento ao longo dessa caminhada.

Agradecimento mais que especial aos participantes desta pesquisa: mães, pais, profissionais de saúde e instituição que me acolheram. Aos entrevistados, que colaboraram com a experiência ímpar de cada um, em momentos que para muitos foram desveladas sua vulnerabilidade e fragilidade diante dos desafios impostos pela vida, para que este trabalho fosse possível.

Ser 'mãe da neo' me fez ter uma visão privilegiada da maternidade. Ser mãe da 'neo' estreitou a minha comunicação com Deus. Vi o quanto é importante um afago, um segurar de mãos, um sorriso, uma canção, uma oração. Aprendi a valorizar cada minuto em companhia do meu tão pequeno bebê e o quanto ele me ensinou com sua guerreira luta pela vida. Ser mãe da 'neo' me fez ver a atuação de profissionais empenhados em salvar vidas, trabalhando com competência e sensibilidade para reconhecer nossas fragilidades e nos confortar. (J.K.L. Salvador, 2011).

RESUMO

Esta pesquisa objetiva compreender de que forma é vivenciada a relação de humanização mãe/pai/bebê prematuro durante a hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Buscou-se conhecer a construção de subjetividades, a partir da hospitalização e afastamento abrupto dos bebês. Foi utilizada uma abordagem descritiva, qualitativa, de cunho etnográfico. O material foi coletado por meio de observação no campo em uma instituição materno-infantil e pela realização de entrevistas utilizando-se um roteiro semiestruturado. A escolha das mães, dos pais e profissionais que participaram da pesquisa ocorreu por conveniência e na própria unidade de terapia intensiva. Foram realizadas entrevistas com sete mães, sete pais e sete profissionais que acompanharam e vivenciaram a experiência da separação precoce com seu recém-nascido, assim como o cuidado em sua prática cotidiana com neonatos prematuros, além de uma entrevista coletiva e não diretiva, com quatro mães que se encontravam no “Espaço Mãe”. O fundamento teórico foi o referencial de Winnicott, uma abordagem Psicanalítica de como se dá a construção do vínculo materno. As discussões e resultados permitiram: compreender os desafios encontrados pelas mães, pais e profissionais de saúde no processo de vinculação com o bebê internado; os sentimentos diante da separação precoce; as relações construídas entre as mães, pais e equipe de saúde no contexto hospitalar; questões atinentes à comunicação entre os profissionais com as mães, pais e familiares; estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães na aproximação com seu filho, bem como na travessia do sofrimento vivido. Procurou compreender a relação de humanização e o acolhimento direcionado às mães e aos pais pela equipe de saúde, ofertando estratégias de atenção mais humanizadas. Conclui-se que a intervenção oportuna, incorporada ao cuidado humanizado estabelecido pelo diálogo constante com a equipe de saúde, pode construir redes de apoio direcionadas à reaproximação do bebê com seus principais cuidadores no momento da separação, o que possivelmente resultará na redução da sua permanência na unidade hospitalar e de uma melhor qualidade do vínculo parental.

Palavras-chave: Humanização. UTI Neonatal. Separação. Vínculo mãe-pai-bebê prematuro.

ABSTRACT

This research aims to understand how is experienced the relationship of humanization of the mother / father / premature baby during the hospitalization of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. This study aimed to know the construction of subjectivities since the hospitalization and the abrupt separation of the babies. A descriptive qualitative and ethnographic approach, was used. The material was collected by observation in the field in the Institution and by conducting interviews using a semi-structured script. The choice of mothers, parents and professionals who participated in the survey was for convenience and occurred in the intensive care unit. Interviews were conducted with seven mothers, seven fathers and seven professional who followed and lived the experience of the early separation of the newborn as well as took care of premature infants in their daily practice. The theoretical foundation was Winnicott reference, a Psychoanalytic approach of how is the construction of the maternal bond. The discussions and results allowed to: understand the challenges faced by mothers, parents and health professionals in the binding process with the hospitalized baby; feelings about the early separation; the relationships built between mothers, fathers and health professionals in the hospital setting; issues related to communication between professionals and the mothers, fathers and families; coping strategies used by mothers to approach their child, as well as the suffering experienced. The research looked for understanding the humanizing relationship and the support directed to mothers and fathers by the health team, offering more humanized care strategies. It concluded that early intervention, incorporated into the humanized care established by the constant dialogue with the healthcare team, can build support networks aimed at baby rapprochement with their primary caregivers at the moment of separation, which might result in a reduction of their stay in hospital and a better quality of parental bonding.

Keywords: Humanization. NICU. Separation. Mother-father-premature baby.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado Para Idade Gestacional
CPAP	Continous Positive Airway Pressure (Pressão positiva continua na via aérea)
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
DHEG	Doença Hipertensiva Especial da Gestação
DRP	Desconforto Respiratório Precoce
IG	Idade Gestacional
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMP	Preocupação Materna Primária
PSAC	Parto Simples Artificial por Cesárea
PSNV	Parto Simples Natural em Vértice
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém Nascido Pré-Termo
SCCM	Sociedade Crítica de Cuidados Medicinais
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
VM	Ventilação Mecânica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Tipos de Partos realizados no período de julho a setembro de 2016, em Instituição materno-infantil, em Salvador - 2016	65
Quadro 2	Distribuição da amostra, referente à idade da genitora, número de gestações, idade gestacional do bebê, peso do RNPT e realização do pré-natal (Salvador, 2015/2016)	66
Quadro 3	Distribuição da amostra, referente à idade do genitor, escolaridade, idade gestacional do bebê e peso do RNPT (Salvador, 2015/2016)	67
Quadro 4	Distribuição da amostra, referente à idade do profissional e experiência na área de UTI Neonatal (Salvador, 2015/2016)	67
Quadro 5	Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com as mães (Salvador, 2016)	72
Quadro 6	Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com os pais. Referente ao sentimento de ser pai, contato precoce, construção do vínculo, relação com a equipe de saúde e vivência na UTI Neonatal (Salvador 2015/2016)	83
Quadro 7	Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com os profissionais de saúde. Referente à política nacional de humanização, dinâmica no contexto hospitalar, o cuidar na prática do profissional as relações com os principais cuidadores (Salvador 2015/2016)	90
Figura 1	Representação gráfica das inter-relações entre os diversos atores em uma UTI Neonatal (Salvador, Bahia, 2016)	98

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	BREVE HISTÓRICO SOBRE A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	23
3	POR QUE FALAR EM HUMANIZAÇÃO?	25
3.1	A HUMANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	26
3.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR	28
4	O CONTEXTO DE ATENDIMENTO NA UTIN: O RECÉM-NASCIDO, A FAMÍLIA E O ESPAÇO FÍSICO	30
4.1	MÃE E BEBÊ DIANTE DE UM NASCIMENTO INESPERADO	33
5	APORTES TEÓRICOS	44
5.1	COMO SÃO CONSTRUÍDAS AS RELAÇÕES QUE ANTECEDEM E AS RELAÇÕES QUE ADVÊM AO NASCIMENTO DO BEBÊ?	46
5.2	RELEVÂNCIA DO CONTATO PRECOCE PARA O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ	52
6	OBJETIVO GERAL	57
6.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
7	MÉTODO	58
7.1	LOCAL	59
7.2	DINÂMICAS DO ATENDIMENTO À MÃE, AO BEBÊ E À FAMÍLIA	61
7.3	PARTICIPANTES	65
7.4	INSTRUMENTOS E MATERIAIS	67
7.5	ASPECTOS ÉTICOS	68
7.6	ELEMENTOS DE ANÁLISE	69
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES	71
8.1	RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM AS MÃES	71
8.2	RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PAIS	82
8.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	89
8.4	PROPOSTA DE SÍNTESE	97
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES E PAIS (USUÁRIOS)	112
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	114

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÃES E PAIS	116
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	117
ANEXO A – PORTARIA nº 1.683, de 12 de julho de 2007	118
ANEXO B – PORTARIA nº 1.459, de 24 de junho de 2011. REDE CEGONHA	125
ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO MÉTODO - CANGURU	137
ANEXO D – ANAIS ELETRÔNICOS: ISSN 2236-9244	141
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	143

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo buscou compreender como se dá a humanização na relação mãe-pai-bebê e equipe interdisciplinar em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tendo a separação precoce como foco do estudo. Pretendeu conhecer a dinâmica que envolve essa relação, destacando seus aspectos psíquicos a partir da hospitalização e separação precoce dos bebês e a construção do vínculo materno e familiar.

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é um campo de atuação que, nos tempos atuais, configura indispensável a presença da psicóloga. Esta, juntamente com a mãe e o pai do bebê, poderá desenvolver caminhos e possibilidades de confrontar a separação precoce diante da hospitalização do recém-nascido, buscando estratégias de enfrentamento que possam ser estimuladas ou criadas. Poderá, ainda, reposicionar as circunstâncias de internação do bebê no entendimento dos sujeitos envolvidos, entre eles a mãe, o pai, irmãos, avós, demais familiares e da equipe de saúde, possibilitando um espaço de acolhimento da angústia na busca de um sentido e não suprimida.

A partir de algumas experiências em Unidades de Terapia Intensivas da neonatologia em um hospital localizado na cidade de Salvador, sensibilizei-me quanto ao que ocorre quando a família se separa de seu bebê recém-nascido. Propus-me a refletir e perpassar por um dos campos de atuação do psicólogo e dos demais profissionais que atuam no contexto neonatal, assim como conhecer a construção de subjetividades dentro dessa dinâmica, a partir da hospitalização e separação precoce dos bebês e a construção do vínculo materno. Compreendo também que é papel do psicólogo hospitalar perceber a necessidade de ajuda no processo de travessia do adoecimento e captar como fornecer tal ajuda.

Segundo Valansi e Morsch (2004), as possibilidades de intermediação e intervenção do psicólogo na UTIN podem implicar no auxílio aos pais, no sentido de verbalizar o nascimento a partir de uma perspectiva diferente, trabalhar esse acontecimento, bem como as perdas na UTIN, entre outras questões que envolvam a permanência por um período indeterminado de internação, acolhendo, abrindo espaço para uma escuta qualificada e dando voz às mães e aos pais para falarem sobre seus sentimentos.

Schumacher (2002) relata que as experiências e sentimentos vivenciados pelos familiares de bebês hospitalizados, em sua maioria, são internalizados de forma estressante e que tamanha situação estressora pode ser atenuada quando a família possui um espaço para falar da sua dor, para discutir seus medos, bem como possibilidades de perdas, para expressarem seu real sentimento, entender as notícias que em muitas situações dificultam a internalização e compreensão da realidade.

O presente estudo será apresentado através da seguinte elaboração: um breve histórico sobre o surgimento da instituição hospitalar, seguido dos processos de humanização e do atendimento em uma unidade complexa como a UTI Neonatal; o nascimento prematuro, assim como as suas complicações, sentimentos e significados para os familiares envolvidos; como é estabelecida a relação mãe-pai-bebê e equipe de saúde. Quanto ao método, além de entrevistas, foi realizada observação de campo na própria instituição materno-infantil. A teoria utilizada foi a do referencial winnicottiano, seguido pelos resultados e discussões. Após o que, tecemos considerações finais.

2 BREVE HISTÓRICO SOBRE A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O nome hospital surge do latim *hospes*, que significa hóspede/convidado, a partir de então, origina as palavras *hospitalis* e *hospitium*, local que durante a Antiguidade abrigava pessoas enfermas, peregrinos e pobres, quando foram iniciadas atividades assistencialistas e de cuidados para aliviar o sofrimento e as dores, não necessariamente para promover a saúde ou restabelecer a cura, mas o cuidado praticado por familiares, sacerdotes, freiras, curandeiros e parteiras. A fundação de ordem cristã realizou nesse local de acolhimento uma prática mais religiosa do que de cunho terapêutico. No final da Idade Média, os hospitais se tornaram um lugar de segregação e exclusão, para onde eram direcionados os leprosos, pessoas tidas como loucas, mendigos e prostitutas. O indivíduo que se encontrava enfermo era conduzido a aceitar que a sua doença estava relacionada à culpa e ao divino.

O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a quem se devem dar os últimos cuidados e o último sacramento. Essa era a função essencial do hospital [...] e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente designado para realizar a cura do doente, mas para conseguir sua própria salvação. “Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna”. (FOUCAULT, 1981 p. 101-102).

Ainda no século XVIII surge a ocupação tecnológica do médico, do saber que leva à cura e não à morte. Ocorre a associação do hospital com a medicina. Com o surgimento da clínica em paralelo com o despertar de novas técnicas de diagnóstico e da transformação do modo de curar, que passa a ser vista como uma missão, um dever ou uma função, faz com que a medicina seja guiada para o interior dos hospitais. Este campo passou por novas reorganizações relevantes em sua estrutura, definições de assistência e do saber médico, uma nova prática se apresenta. O hospital surge como um cenário onde os doentes eram examinados e atendidos por profissionais de saúde. Pois, após o nascimento da clínica, nascem também as diversas formas de saber que explicavam e possibilitavam o acompanhamento, assim como o tratamento das doenças. A plenitude dessas práticas e daqueles que possuíam o saber foram conduzidos para o hospital. Contudo, destitui-se o formato de abrigo ou asilo e se organiza um novo hospital, de

modelo disciplinar, em que a instituição se estabelece como uma unidade hegemônica, um lugar de poder devido a um cuidado legitimado.

O primeiro hospital do Brasil foi criado em 1543, a Santa Casa de Misericórdia no Estado de São Paulo. Esse hospital favoreceu o ensino e a prática da medicina por aproximadamente três séculos antes da construção da primeira faculdade do país.

Dessa época até a presente data muitas foram às transformações pelas quais passaram os conceitos de saúde e de doença, assim como de saúde pública e de atendimento hospitalar.

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu como uma conquista de movimentos sociais e graças a este movimento propagou-se a universalidade, a integralidade e a equidade, em que afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania.

Maldonado (2000) afirma que, através da evolução tecnológica da obstetrícia, tornou-se possível a realização e os cuidados destinados às parturientes como o pré e o perinatal através de redes especializadas e com isso a redução dos riscos maternos e aos neonatos. Com o passar dos séculos, a assistência ao parto passou por diversas transformações. Até o século XVII, as parteiras, com a sua vasta experiência, realizavam intervenções por intermédio dos sacerdotes. É importante ressaltar que nesse período os índices de mortalidade infantil e materna eram elevados. De forma gradativa iniciou-se no século XVII a assistência ao parto tendo como preceptor o cirurgião. O parto foi tornando-se um ofício da medicina e ganhando proporções mais complexas. Desse modo, as parteiras que também faziam uso de práticas populares, foram se especializando, principalmente, no que tange ao desenvolvimento do cuidado, aprendendo em cursos e com a prática. Atualmente, a parteira no Brasil para ser habilitada deve possuir o curso de enfermagem ou medicina com especialização em obstetrícia. É importante destacar que recentemente, a gestante também passou a contar com a presença das “Doulas” – que auxiliam durante a gestação, parto e puerpério, oferecendo suporte através de técnicas de relaxamento, assim como apoio emocional e psicológico.

3 POR QUE FALAR EM HUMANIZAÇÃO?

Falar em humanização significa dizer que ela não existia anteriormente? Por que a necessidade em utilizar este termo?

No sentido filosófico, a humanização é:

Um termo que encontra suas raízes no humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem – a medida de todas as coisas – considerando sua natureza, seus limites, interesses e potências. O humanismo busca compreender o homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros. (RIOS, 2009, p. 10).

Os dias atuais apontam para uma percepção mais ampla acerca do sentido de “humanização”, que foi sendo construído durante décadas com a colaboração de diversas disciplinas rumo à formação de um pensamento crítico, ao mesmo passo em que se buscava com maior precisão o legado de cada disciplina em prol de um saber direcionado à coletividade. (BRASIL, 2004).

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções da dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas dos meios pessoais de comunicação com o outro, sem que nos desumanizem reciprocamente. Sem comunicação não há humanização. A “humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nosso semelhante”. (BRASIL, 2001, p. 6). O importante é que possa ser construída uma rede de significados entre o paciente, equipe, família e instituição, pois o vínculo é indispensável, além de manter uma comunicação clara e sem ruídos entre a equipe de saúde, pacientes e familiares.

A utilização do termo “humanização” relacionado à assistência a saúde remete a algo que foi perdido. Faz-se necessário ver o sujeito como um todo e não de forma fragmentada. O profissional de saúde precisa tocar o mundo do paciente e do seu familiar que vivencia a dor; caso contrário, apenas lidará com a doença ou diagnóstico, não se aproximará do paciente/família, que é onde a doença existe de fato e que os atormenta, pois ela está personalizada no sujeito. Esse entendimento acerca do fenômeno doença requer dos profissionais de saúde novos métodos e

modelos de paradigmas, bem como investir em novas formas de aproximação e abordagem que sejam peculiares a cada paciente/família.

Para isso é imprescindível criarmos o hábito de refletir, de filosofar, de questionar e, além de tudo, de duvidar de nós mesmos. O que não deixa de ser um desafio, um exercício, um processo de educação continuado.

Ao falar de humanização, faz-se necessário remeter-se ao cuidado. Boff (1999) traz o cuidar como uma possibilidade de transformação, pautada na ética do humano. Suscitando várias reflexões: o que é o cuidado? – Se eu não me cuido, posso cuidar do outro? – O cuidar sobre uma perspectiva da sociedade contemporânea, no que tange ao conhecimento, comunicação e a forma de nos relacionarmos com o nosso semelhante. O autor levanta questões relevantes acerca do cerne da ausência de ações, de iniciativas e até mesmo da falta de continuidade de um cuidado que se faz necessário ser permanente, profundo e não superficial. Ele aponta para uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, que traz a proposta de um novo paradigma: repensar o cuidar no sentido de reaver a essência humana, a busca de novas formas de nos posicionarmos diante do outro e do mundo. O que nos faz pensar que ciência e afeto devem e podem caminhar juntas e não separadamente.

O que envolve comprometimento, exposição de nossas habilidades e limitações, assim como a reconstrução de novas práticas do cuidado. Esse movimento de reconstrução nos remete a novas perspectivas no que a tange uma melhor qualidade de vida. Partindo do pressuposto de que para cuidar eu também preciso ser cuidado. É uma via de mão dupla. – Quem de fato se importa e se preocupa comigo? – Significa também desempenhar nessa dinâmica do cuidado um papel de natureza essencial para a existência humana. Carregado de emoção, de afeto e de respeito com a história de vida de quem nos propomos a cuidar.

3.1 A HUMANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

O processo de humanização nos ambientes onde se encontram os bebês é de grande relevância no combate à depressão, a condições estressantes que envolvem vida e morte, luta diária de médicos e familiares contra a doença, afastamento dos cuidadores de seus respectivos postos de trabalho. Faz-se necessário promover um ambiente, criar mecanismos que auxiliem as mães, os pais

e demais familiares no enfrentamento diante do sofrimento acometido, gerando estratégias a fim de minimizar os efeitos negativos. Face a esse quadro, dentre outros associados ao atendimento à saúde, emergiu a problemática da humanização e sua regulamentação. Silva e Johanson (2009, p. 687) afirmam que:

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes como uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista que emergiu das lutas, desafios e dos movimentos sociais para desenvolver políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social da maioria da população rumo à democracia de direito no Brasil, que durante 1988 ganhou estatuto constitucional: a saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196).¹ A sua proposta está vinculada ao pensamento de que todos (as) têm direito à saúde, valor associado à cidadania (BRASIL, 1988).

O SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Segundo Paim (2009), a universalidade possibilita a todos(as) brasileiros(as) ter acesso aos serviços de saúde, ou seja, pobres, ricos, quilombolas, analfabetos, independente de sua etnia, raça, opção sexual, cultural, eliminando qualquer obstáculo entre a população e os serviços, de forma igualitária para todos. A equidade permite atender priorizando aqueles que mais necessitam, de forma a atingir a igualdade, ou seja, reconhecendo as desigualdades entre as pessoas e até mesmo entre grupos sociais, pois muitas dessas desigualdades são injustas. A integralidade diz respeito a um conjunto de práticas desenvolvidas para promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, como um modelo de atenção integral à saúde e articulação com outras políticas públicas. (PAIM, 2009).

O programa de humanização surgiu devido à necessidade de: ampliar a discussão da saúde pública com servidores e usuários em busca de propostas para melhorar o sistema; trazer a gestão para perto das pessoas; melhorar os processos de trabalhos e aumentar a resolutividade. Operando com o princípio da transversalidade (BRASIL, 2004, p. 3).

¹ **Art. 196.** A saúde é 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 (BRASIL, 1988).

A política de humanização é uma política do SUS, que visa práticas que alterem modos de cuidar e modos de gerir que devem ser compartilhados. O SUS é um sistema de sustentação e qualificação da vida.

Após 20 anos com a continuidade da militância no contexto da saúde, no começo de 2003, o Ministério da Saúde (MS) aposta no *Humaniza SUS*, que representa a Política Nacional de Humanização (PNH) tendo como objetivo otimizar o SUS, apostando na inclusão dos trabalhadores, gestores, usuários e gestão dos cuidados e dos processos de trabalho.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Na década de 1990, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva – Society of Critical Care Medicine (SCCM) – construiu parâmetros para a implementação de programas voltados à humanização decorrente das preocupações que surgiram acerca dos cuidados prestados ao paciente que se encontrava hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). As diretrizes criadas foram devidamente registradas e tiveram a participação dos vários profissionais da área de saúde que estavam envolvidos no cuidado desses pacientes.

Baseava-se nos princípios de que cada sujeito é único e vinculado aos seus valores; todo e qualquer paciente e família devem ter sua privacidade respeitada; o paciente e a família têm o direito de expor suas necessidades; a autonomia do paciente e de sua família deve ser garantida; a busca da humanização não deve colocar em risco a segurança do paciente ou ir além das barreiras éticas ou legais.

Em 2001, com o PNHAH, a humanização é “[...] entendida como valor na medida em que resgata o respeito à vida humana”, no tocante às circunstâncias éticas, sociais, educacionais, espirituais e psíquicas que permeiam todo relacionamento humano. Nesse *Manual de Humanização do PNHAH*, o diálogo é colocado como divisores de águas. A necessidade percebida pelos pacientes, equipe interdisciplinar e familiar é que devem apontar as direções, planos de ações, bem como as intervenções de humanização. O que não significa apenas escutar o outro em suas demandas, como também compreender esse outro na sua singularidade, no que há de mais peculiar em cada ser, para que este se sinta de fato e verdadeiramente acolhido e respeitado por intermédio dessa escuta. O

importante é que possa ser construída uma rede de significados entre o paciente, equipe, família e instituição, pois o vínculo é indispensável.

Fazem parte do processo de humanização boas condições de trabalho dos profissionais que ali se encontram, além de uma estrutura física compatível com a realidade das novas tecnologias e das ciências, abrangendo uma infraestrutura cultural e organizacional. Além disso, buscar evitar a dualidade entre tecnologia e subjetividade no que se refere à incompatibilidade ou resistência e utilizar esses dois polos como elementos fundamentais em relação a um cuidado com qualidade.

O processo de humanização é uma construção coletiva, depende da atenção da gestão participativa, proporcionando um diálogo interativo com responsabilização e compartilhamento. É a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde.

Portanto, é atual e de suma importância o envolvimento interdisciplinar no que diz respeito à assistência ao bebê, envolvendo médicos pediatras, cirurgiões, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e muitos outros profissionais, devido à enorme complexidade que é um bebê em uma UTI, uma vez que cada um deles tem seu tratamento específico.

4 O CONTEXTO DE ATENDIMENTO NA UTIN: O RECÉM-NASCIDO, A FAMÍLIA E O ESPAÇO FÍSICO

A UTIN é monitorada por diferentes profissionais qualificados de saúde a todo instante, a escuta dos aparelhos é constante, há forte luminosidade, e a presença de pessoas desconhecidas, ruídos, alarmes, sondas, cateteres, dentre outros objetos que compõem a sua estrutura. Por esses e outros motivos, a UTIN é considerada por muitos usuários um ambiente hostilizante, porém necessário para sobrevivência do bebê que necessita de cuidados especializados. Esse mundo desconhecido passará a ser o cotidiano não somente do bebê hospitalizado, mas também dos seus familiares, ainda que, por tempo indeterminado. Portanto, é de suma relevância os esclarecimentos de dúvidas, mesmo que de forma singular devido à história de cada bebê e de sua família nesse atual contexto (BRAGA; MORSCH, 2003).

O tempo de duração de uma gestação humana é considerado a termo ou normal quando o nascimento ocorre entre 37 e 42 semanas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), o recém-nascido prematuro é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e com peso inferior a 2.500 gramas. O bebê é considerado prematuro devido à imaturidade do seu organismo. Os seus órgãos ainda estão em processo de formação e desenvolvimento, o que inviabiliza o seu contato com o mundo externo, por se tornar ainda mais vulnerável a doenças respiratórias, infecciosas e metabólicas.

A prematuridade é classificada da seguinte forma: prematuridade tardia, que são bebês nascidos entre a 34^a a 36,6^a semanas de gestação; prematuridade moderada, bebês nascidos entre a 30^a e 33,6^a semanas de gestação; prematuridade extrema, bebês nascidos com menos de 30 semanas de idade gestacional.

Segundo a Coordenação de Ações da Saúde da Mulher, vinculada ao Ministério da Saúde, as gestações de alto risco podem colocar em risco a vida da mãe e do feto. (BRASIL, 2000). São diversas as causas que geralmente são associadas à prematuridade: descolamento de placenta; diabetes; gestação após os 35 anos; hipertensão e pré-eclâmpsia ou Doença Hipertensiva Especial da Gestação (DHEG); gravidez na adolescência (antes dos 16 anos); anemia; bolsa-rota; tabagismo; ingestão de álcool ou drogas; gestação múltipla; doença renal durante a gravidez, a não realização do acompanhamento pré-natal ou a realização irregular do pré-natal, pois o acompanhamento busca dar condições para o bom

desenvolvimento do feto, além de identificar a gravidez de alto risco e reduzir a mortalidade materna e perinatal, assim como o tratamento adequado para cada caso, dentre outras causas.

A UTIN, ao contrário do que muitas pessoas pensam, “não é um morredouro”. Ela se caracteriza por oferecer serviços especializados e de alta complexidade visando ao restabelecimento do bebê de alto risco. A UTI é um espaço reservado para internação de pacientes com instabilidade clínica e potencial de gravidade.

A neonatologia, apesar de ser uma ciência recente, atualmente conta com os avanços da medicina e de novas tecnologias aos neonatos ou prematuros na UTIN, local onde se concentram os principais recursos humanos e aparatos tecnológicos imprescindíveis para oferecer o apoio às funções vitais do bebê prematuro. Os bebês são expostos a um ambiente com diversos estímulos simultâneos, como ruído constante e alta luminosidade. Os procedimentos, além de serem invasivos, dão-se de forma bastante técnica, não considerando muitas vezes o respeito a esses pequenos infantis que estão em condições de luta pela sobrevivência. Os cuidadores, como mãe e pai, até pouco tempo atrás, se sentiam privados da presença constante do seu bebê.

É de suma relevância orientar os familiares antes da primeira visita na unidade, por exemplo, apresentando a equipe de saúde que estará cuidando dos seus respectivos bebês pelo nome, para facilitar uma comunicação clara e sem ruídos acerca do quadro clínico da criança, assim como uma breve explicação dos equipamentos que compõem uma UTIN, de forma tal a não assustar ou amedrontar os familiares.

Na UTIN os bebês irão receber ajuda para manter a estabilidade do seu quadro clínico, um bom padrão respiratório, além de suporte nutricional e da fisioterapia. Nesse ambiente o bebê se encontrará em uma incubadora ou berço aquecido, que vai ajudá-lo a manter a temperatura corporal. O uso de monitores ajuda a equipe a verificar a porcentagem de oxigênio no sangue, os ciclos respiratórios do bebê, seus batimentos cardíacos e pressão arterial. Esses monitores estão associados a sinais sonoros (alarmes), que podem disparar quando houver algum mau contato ou quando ocorrem movimentos mais bruscos do bebê.

A incidência de internações de recém-nascidos (RN) deve-se ao nascimento de recém-nascido pré-termo (RNPT), ou seja, prematuro e prematuro extremo, que são aqueles nascidos com menos de 30 semanas de idade gestacional, ou a algum

tipo de desconforto respiratório precoce (DRP), ou até mesmo quadros de más formações.

Devido ao grande avanço tecnológico e à busca incessante dos profissionais de saúde para a capacitação na especialidade de neonatologia, estabeleceu-se um exemplo de prática a ser seguido que assegure o desenvolvimento de RNPT, ou seja, idade gestacional (IG) de baixo peso nascido com menos de 37 semanas. Surgem várias intercorrências por conta da prematuridade, como: icterícia,² DRP, resultando em apneia,³ fazendo com que o bebê necessite de suporte através ventilação mecânica (VM): capacete ou halo; CPAP (dois tubinhos colocados nas narinas); através de um tubo na traqueia, que são recursos terapêuticos utilizados para manter a sua estabilidade ou até mesmo a sua sobrevivência. O RN fica suscetível a risco de infecções, o não amadurecimento dos órgãos vitais, devido às circunstâncias de tentar acomodá-lo precocemente no ambiente extrauterino. Ele também pode desenvolver hipotermia, ou seja, o bebê não consegue manter a temperatura ideal para o seu corpo necessitando de incubadora. O bebê pode até nascer com o peso adequado para idade gestacional (AIG), mas sem ter completado o período de gestação e, então, necessitar do suporte da UTIN ou apresentar algum quadro sindrômico.

O choque da hospitalização para as mães e os pais é inevitável, quando não é possível conhecer com antecedência essa possibilidade para tentar amenizar seu impacto. Na maioria dos casos é aterrorizante, causa ameaça e medo da perda iminente, medo do desconhecido, o que desencadeia tristeza, medo e outros sentimentos, devido a um universo novo e desconhecido, onde muitas vezes o bebê é afastado da companhia da mãe após o parto e encaminhado para UTI Neonatal, tornando difícil o acesso e o contato tão desejado e esperado entre ele e toda a família. Na UTIN, na maioria dos casos, a ligação da mãe e do pai com o bebê está limitada à troca de olhares. (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2011).

2 Icterícia é a coloração amarelada da pele, nas membranas mucosas ou do branco dos olhos (esclerótica), devido a uma elevação das concentrações de bilirrubina. Pode, potencialmente, provocar lesões no sistema nervoso central. O bebê que tem valores elevados de bilirrubina no sangue deve ser tratado com fototerapia. (BRASIL, 2011, p. 173).

3 Apneia do prematuro é uma doença na qual o recém-nascido deixa de respirar transitoriamente e costuma definir-se como uma interrupção da respiração de 15 a 20 segundos. (BRASIL, 2011, p. 173).

Compõem o quadro da equipe da UTIN: Pediatra Intensivista – chefe, enfermeiro-chefe, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, neonatologista, oftalmologista, cardiologista, pneumologista, nefrologista, cirurgião pediátrico, neurologista, dentre outros. Os cuidadores da equipe de saúde ofertam assistência 24 horas aos bebês hospitalizados e realizam os procedimentos devidos.

Atualmente, podemos observar alguns estudos, principalmente voltados para área da enfermagem tratando-se de unidades complexas. Esses estudos e pesquisas referem-se aos pais de recém-nascidos pré-termo em UTIN e à assistência humanizada dos profissionais de enfermagem.

Morais e colaboradores (2013) identificaram ações de enfermagem no que tange à humanização no contexto hospitalar com bebês prematuros. Essa pesquisa foi realizada em um hospital público na cidade de Feira de Santana, na Bahia, com a participação de nove pais. A pesquisa contribuiu com resultados na disposição do cuidado singular e peculiar de cada sujeito e de sua família para que o respeito à vida e essa assistência tão almejada seja de qualidade ao RN no tocante à higiene, som, repouso, calor, observação constante e carinho. O estudo destaca, paralelamente a isso, a equivalência da atenção aos cuidados com os familiares, além da preocupação com a escuta e aspectos emocionais associados a esses cuidadores. Os pais deixam clara a influência do cuidado humanizado na recuperação do RN, assim como a confiança e a segurança, sentimentos estes que, gera esperança. Assim, a equipe de enfermagem propôs a continuidade da sensibilização da equipe diante do reconhecimento dos pais, sugerindo a realização de atitudes que possam capacitar a equipe com o objetivo de reunir os cuidados e a prática humanizada como filosofia institucional e pessoal, bem como o exercício dessa medida diária.

4.1 MÃE E BEBÊ DIANTE DE UM NASCIMENTO INESPERADO

Durante o período de gestação, a mulher deixa de ser filha para tornar-se mãe. A partir do segundo semestre, a gestante consegue perceber as transformações corporais e psíquicas de forma mais nítida, provocando sonhos e imagens acerca do bebê que está sendo gerado. Em determinados momentos, a

mãe compreende o feto como uma extensão de si mesma. Geralmente, os pais projetam nos filhos seus sonhos, desejos e expectativas. Contudo, o bebê imaginário, cuja existência é essencial, será formado e comparado, posteriormente, ao bebê real que pode contrastar com o bebê fantasiado e idealizado pela mãe, podendo gerar as mais variadas implicações e frustrações caso as expectativas criadas não correspondam ao bebê esperado. Como é para esta mãe e este pai retornarem para casa sem o seu bebê?

Antecipando alguns depoimentos das mães e dos pais, ambos relatam não terem sonhado vivenciar tamanha dor e desamparo, com complicações que culminassem na separação do seu bebê recém-chegado. A maioria fala de expectativas frustradas: quarto aguardando a chegada do bebê que não veio; medo e angústia que deixa tudo em suspense; ausência de ter o filho nos braços; dor que não se pode mensurar e “por quê?”. No momento, para essas mães e esses pais cabe assistir uma nova gestação, extrauterina, longe do acolhimento planejado.

Algumas mães falam sobre uma maneira especial de comunicar-se com o bebê dentro da barriga. Em um estado de *rêverie*,⁴ elas visualizam o futuro bebê, enviam-lhe mensagens, fazem-lhe perguntas ou, às vezes, sentem alguma resposta do bebê. Em contraste, os fetos de mulheres com estresse crônico têm batimentos cardíacos rápidos e são muito ativos. As mulheres expostas a níveis muito elevados de ruído correm um risco maior de partos prematuros, além dos efeitos do ruído sobre o feto. Este também pode ser afetado por mudanças bioquímicas causadas pelas experiências emocionais da mãe. Conseqüentemente, a mãe e o bebê estão envolvidos em um diálogo muito antes de ele nascer. (KLAUS, 2001, p. 18).

É importante ressaltar que a forma como a mãe e o bebê se relacionam, bem como o comportamento e envolvimento de ambos, na maioria das vezes, trazem questões diretas como as alterações hormonais que se confirmam na gravidez e com o pós-parto. Contudo, alguns comportamentos maternos são estimulados pela dependência do controle hormonal, podendo afetar, a princípio, o envolvimento entre mãe e filho, alterando mudanças comportamentais devido à sensibilidade provocada pelas inquietações hormonais. Diante disso, as mães tendem a estar mais eufóricas e receptivas para a ligação emocional no período que segue o parto, ou podem agir

4 O estado de *rêverie* é a atitude que a mãe adota a fim de ser um continente adequado para as projeções do bebê, de estar psicologicamente à sua disposição, empática às suas necessidades (esse estado de *rêverie* aproxima-se muito da “preocupação materna primária”, de Winnicott).

de forma contrária, evitando essa aproximação inicial, demonstrando desagrado e sentimentos ambivalentes.

O nascimento prematuro envolve não somente a internação do bebê, mas uma série de cuidados técnicos e aparelhos tecnológicos que possam garantir a sobrevivência do RN. As mães, em sua maioria, não estão preparadas para um encontro que pode ser desconfortável, além de assistir a procedimentos invasivos e dolorosos em seu bebê que acabou de nascer. A prematuridade é uma das principais causas de mortalidade do neonato por ser um nascimento de alto risco.

A gestação de alto risco baseia-se em fatores de perigo que estão relacionados em seus marcadores específicos, quais sejam: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes e complicações obstétricas como, por exemplo, trabalho de parto prematuro. (BRASIL, 2010).

A família, cujo bebê se encontra em processo de hospitalização, é distanciada do seu convívio habitual, do ambiente que lhe é familiar, dos seus pertences, dos outros filhos, amigos, trabalho, ou seja, ocorre uma ruptura da rotina de vida e a imposição de uma nova rotina dentre outros fatores estressantes que a cercam. Existe, além do sofrimento físico, o sofrimento psíquico. E essas sensações são individuais e particulares a cada ser humano, pois a internação do bebê possibilita o rompimento ou descontinuidade dos vínculos familiares.

O trauma do nascimento prematuro rompe 'o continuar a ser' do bebê, e quando essa ruptura é significativa, os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego. (WINNICOTT, 2000, p. 271).

Para algumas gestantes, o nascimento do bebê não acontece da forma que elas esperavam como finalização de sua gestação. Em alguns casos, ao ser diagnosticado que o bebê apresenta problemas graves, pode ocorrer a interrupção da gestação para segurança da mãe e do bebê; caso contrário, pode-se verificar a possibilidade de um parto prematuro. Há famílias que não se encontram preparadas diante dessa situação, sendo tomadas por sentimentos confrontantes e angustiantes. Isto também pode ocorrer quando o bebê nasce a termo e pode necessitar de cuidados imediatos por apresentar alguma patologia. Nessas

situações, é inevitável a presença desses bebês nas UTIs Neonatais por um período mínimo de 48 horas.

O confronto deste bebê imaginário com o bebê real ocorre, com definição, após o nascimento; porém, atualmente, com o advento da ultra-sonografia obstétrica, alguns aspectos concretos do bebê podem ser conhecidos ainda durante a gestação. Estes dados podem tanto incrementar as fantasias maternas, como também, desde já, antecipar algumas frustrações. (CARON, 2000, p. 119-134).

Ziegel e Cranley (1985) acreditavam que toda mãe deveria ter um contato visual imediato com o seu bebê logo após o nascimento, para que a mesma possa ratificar ou não suas expectativas e projeções, objetivando informações da realidade.

No entanto, nos casos em pauta, o bebê é afastado da companhia da mãe após o parto e encaminhado para UTI Neonatal, tornando difícil o acesso e o contato desejado e esperado entre ele e sua família.

Alguns autores, como Spitz (2000) e Winnicott (1956) relatam a importância de prevenir as mães, com informações adequadas, de que possam ter bebês prematuros, apresentando imagens com o intuito de minimizar o impacto no primeiro contato, visto que a expectativa é de dar à luz um bebê saudável.

Wanderley (2011) aponta para uma questão pertinente quando os pais não estão preparados para um nascimento que possa causar traumas não somente biológico no bebê, como igualmente emocional nos pais e mães. Estes podem apresentar um travamento, ou até mesmo negação, diante do bebê real, dificultando o movimento dos investimentos parentais essenciais principalmente no momento muitas vezes decisivo e delicado para ambos, interferindo negativamente nos processos constitutivos de vínculos e reconhecimento desse bebê como seu.

Zen e Motta (2008) afirmam que para o RN a qualidade do relacionamento, assim como o laço indispensável que une a díade (mãe-bebê) não é algo que dependa exclusivamente dele, ou seja, é fator determinante a condição do cuidado, uma vez que a ausência deste, não transmitirá vida. Logo, é vital que ocorra investimento psíquico do outro e que este outro ou cuidador seja próximo ao bebê, que faça parte do seu ciclo parental, visto que estão mais perto do bebê, de certa forma, anterior ao nascimento. Ainda que a figura materna exerça uma função primordial nessa relação e que é determinante para saúde do seu filho, em se

tratando de UTIN, esta presença se torna ainda mais desejável caso acredite na vida e na recuperação do RN.

Para Klaus e Kennell (2000), o bebê prematuro ao ser envolvido, acolhido e desejado afetivamente de forma contínua, assim como a ele serem dirigidas e proferidas palavras de conforto e carinho, aumentam suas chances de recuperação. Possibilitar que o bebê se sinta mais confortável devido também ao toque da pele, do cheiro do outro que lhe é familiar, auxilia no seu desenvolvimento cognitivo e biológico, o que culminará com maior celeridade referente à sua alta hospitalar.

Entretanto é, importante enfatizar que o pré-termo reage diante desse ambiente com algum “gasto energético”, que pode se refletir negativamente, em termos fisiológicos, no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e até na interação mãe bebê. (BRASIL, 2002, p. 119).

Há divergência de opiniões sobre procedimentos na idade gestacional e os comportamentos neurossociais no que se refere ao excesso de estímulo ao bebê. Esses podem ser fatores estressores ou facilitadores na recuperação do RN, sendo importante destacar a peculiaridade e singularidade de cada sujeito, bem como os efeitos do ambiente de cada UTIN.

Antecipando os dados da coleta de campo, durante uma entrevista, duas profissionais relataram que estimulam os pais e as mães a tocarem e conversarem simultaneamente com os bebês prematuros:

Não... eu mesma nunca tinha ouvido falar nisso, normalmente a gente incentiva tudo, conversar, tocar, tudo ao mesmo tempo. Então, nunca vi nenhum estudo com relação a isso não. Ninguém aqui nunca nos chamou atenção por isso. Se é para estimular, vamos incentivar o máximo que puder o contato entre eles. Isso que você está me dizendo é novidade (Técnica de enfermagem).

Eu não sei disso não. Geralmente digo para os pais que eles podem fazer tudo, desde que, estejam com as mãos higienizadas (Fisioterapeuta 2).

No VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, que ocorreu em Curitiba, no Paraná, em 2011, Marisa Sanchez, apresentando-se como Tutora Regional da Atenção Humanizada com Recém Nascidos de Baixo Peso pelo Ministério da Saúde, trouxe como tema a “Humanização com recém-nascidos: avaliação de estressores e intervenções com os pais”.

Foram discutidas sérias e graves consequências que podem ocorrer com o bebê de baixo peso ou RNPT quando este sofre os mais variados excessos de estímulos simultâneos na UTIN, inclusive dificultando a forma de aproximação entre o binômio mãe-bebê. Muitas vezes, a falta de conhecimentos técnicos específicos não possibilita importantes esclarecimentos por parte da equipe de saúde às mães e aos pais a respeito dos diversos estímulos aos quais esses bebês são submetidos ao mesmo tempo e como esses procedimentos podem interferir de maneira decisiva para o desenvolvimento apropriado do bebê prematuro.

Sanchez (2011, informação verbal⁵) destaca que:

Entre as propostas preconizadas na técnica assistencial, os cuidados psicoafetivos tornam-se um dos focos de atenção. Passam então a favorecer o livre acesso dos pais à UTIN e os estimulam ao toque na criança, visando uma função biológica protetora (MS, 2000). Entretanto, percebem que o toque pode provocar o estresse do recém-nascido, assim como outros estímulos do ambiente como barulho e luz, por exemplo, ou ainda estímulos dolorosos, como a punção. Estar próximo ao bebê requer que estes pais e demais cuidadores saibam como fazê-lo. Favorecer o contato do cuidador com o prematuro, bem como orientá-lo, torna-se um novo desafio para a equipe de humanização. Os pais, frente ao estresse do seu filho, o qual apresenta como sinal de um estressor presente a perda de peso, tende a afastar-se para não colocá-lo em risco. Identificar os sinais de alerta precoces emitidos pelo prematuro, codificar a sua linguagem e saber comunicar-se com o mesmo, mostra-se fator essencial no asseguramento de sua sobrevivência. Psicoeducar os pais sobre o estímulo sincronizado e as competências do recém-nascido de baixo peso, favorece o processo contínuo de vínculo entre ambos. Estes cuidados permitem que o recém-nascido desenvolva estruturas cognitivas mais saudáveis, possibilitando a formação de significados sobre o mundo que o rodeia, melhor estruturada [...].

Estudos e pesquisas, como a de Meyerhof (1995), verificaram, no que tange ao comportamento dos bebês de baixo peso, que intercorrências internas e externas podem alterar ou desorganizar seus estágios de desenvolvimento. É importante conhecer as reais condições do quadro clínico em que se encontra cada bebê e as diferentes capacidades de absorção dos estímulos que podem contribuir negativamente ou positivamente para o desenvolvimento do RN. Meyerhof (1995), em pesquisa realizada em uma maternidade pública de São Paulo, focalizou como observar os sinais comportamentais e a individualidade de cada recém-nascido pré-termo. A partir dessas observações, propôs intervenções no berçário de cuidados

5 Em palestra proferida no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, realizado em Curitiba, 2011. Verificar Anexo E – Anais.

especiais em relação ao ambiente físico, ao cuidado diário do neonato e à orientação aos pais do bebê. Essas modificações, que podem ser vistas como objetivando a humanização dos cuidados com o bebê, incluíam: cadeira de plástico com apoio lateral para o aleitamento materno, diminuição de fontes sonoras e da luminosidade, roupinha para o bebê de modo a facilitar a manipulação do mesmo, a colocação do nome no bebê em seu berço etc. Essas modificações tiveram influência no tempo de permanência do neonato dentro do berçário; enquanto o grupo controle permaneceu 34,12 dias internado, o grupo experimental apenas 27,22 dias. Desse modo, pode-se avaliar que tais medidas, ao abreviar o tempo de permanência da hospitalização, concorreram para o bem-estar do bebê e de sua família, com as consequências positivas daí decorrentes.

Igualmente para Moreira e Bonfim (2004), o bebê prematuro ou prematuro extremo, são bebês de alto risco e por este motivo é preciso estar atento aos cuidados e manuseios, pois mesmo que eles não apresentem de forma perceptível podem estar sentindo dor ou algum tipo de desconforto que possivelmente estão inseridos nas medidas comportamentais e ambientais, como diminuir a luminosidade e ruídos no ambiente. Em algumas situações, por exemplo, para bebês com menos de 30 semanas, é indicado reduzir o manuseio e o toque devido à fragilidade da pele. Os pais devem ser orientados neste momento, pois o que pode ser um fator aparentemente confortável, entretanto, se transforma em um fator estressor para o bebê.

No que se refere ao cuidado em neonatologia, o obstetra Pierre Budin, no início do século XX, produziu algumas considerações acerca de cuidados de prematuros. Budin aconselhava as mães a amamentarem seus bebês a partir do contato com outro bebê a termo com o objetivo de promover e estimular a produção do seu leite. Este mesmo médico criou as incubadoras. Eram altas as taxas de mortalidade infantil nessa época. Além da prematuridade, as infecções hospitalares eram responsáveis pelas elevadas taxas de óbito em recém-nascidos. Budin, em 1892, escreveu um livro sobre lactantes nascidos de parto prematuro e também percebeu que quando o bebê conseguia sobreviver, suas genitoras perdiam o interesse em seus respectivos filhos e muitos acabavam desamparados e até mesmo abandonados.

Para Klaus e Kennell (1993, p. 170), “em todos os sentidos, dizia ele, é melhor colocar o pequenino em uma incubadora ao lado da cama de sua mãe; a supervisão que esta exerce não deve jamais ser subestimada”.

Ao contrário de Budin que tinha esse olhar a respeito da necessidade da aproximação mãe-bebê, outros contemporâneos acreditavam que deveriam ser utilizadas técnicas mais rigorosas no intuito de isolar os pacientes para protegê-los de possíveis infecções, construindo, dessa forma, uma barreira. Até mesmo os pais eram mantidos afastados e impossibilitados de acompanhar o desenvolvimento e recuperação de seus infantes.

De acordo com Deslandes (2004), a expressão humanização está ganhando cada vez mais espaço no contexto da saúde, com o objetivo de que juntos, através do coletivo possamos qualificar a assistência técnica em prol dos cuidados ao paciente de forma integral, atentos às suas demandas, sua subjetividade, cultura, assim como a qualificação e valorização dos profissionais de saúde que estão implicados e acompanhando a necessidade do outro, em sua totalidade.

Vale ressaltar que no Brasil o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o ECA, através da Lei n. 8069 de 1990, de acordo com os artigos 10º inciso V e o artigo 12º, estabelece no capítulo dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, que: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. (BRASIL, 2009, p. 9-10). Não sabemos se o cumprimento dessa lei é aplicado em todas as instituições no país. Embora, é sabido que a presença materna produz efeitos reais na redução de possíveis desorganizações no estado psicológico, em consequência da hospitalização.

Há uma exigência legal, muitas vezes desconhecida pelo cuidador, de que a instituição pública ou privada deve proporcionar condições de acompanhamento integral das mães, pais ou outro responsável. E por se tratar de uma lei, não deve ter seus princípios feridos, e sim respeitados pelos hospitais.

Dentre as particularidades e singularidades no que se refere à atenção ao neonato de baixo peso ocorreu a criação, no ano de 2007, por meio do Ministério da Saúde correspondente a uma norma de atenção humanizada que se manifesta através do Método Mãe-Canguru (MMC), também conhecida como cuidado pele a pele.

Esse método foi implementado primeiramente em um instituto materno infantil, em Bogotá na Colômbia, em 1979. Na época, devido à situação precária e ausência de incubadoras, alto índice de infecções, desmame precoce, elevadas taxas de mortalidade neonatal e a falta de recursos tecnológicos fez do método canguru uma forma de reduzir a permanência do bebê hospitalizado, bem como de assistência precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, pois possibilitava o contato pele a pele o maior tempo possível, assim como a participação direta dos pais no cuidado do seu filho, pois reduz a apneia, diminui o refluxo, dentre outros benefícios. O bebê, ao ouvir os batimentos cardíacos da mãe, lembra-se de respirar, e o método favorece a manutenção da temperatura adequada para o bebê, estimula o aleitamento materno, proporciona ganho de peso, além da posição vertical evitar que o bebê venha regurgitar ou sufocar depois da amamentação, possibilitando um maior conforto.

Esse Método é uma forma de alojamento pensada no sentido de assegurar a aproximação da mãe com o seu filho (a) objetivando um maior contato e, conseqüentemente, a celeridade da alta da criança. A cama da genitora é colocada ao lado do berço e este fica aberto e aquecido na temperatura ideal para o bebê. Na enfermaria, os bebês recebem visita de avós e irmãos.

O programa foi estabelecido no Brasil como política pública do SUS, em vigor na Portaria nº 1.683,⁶ de 12 de julho de 2007, no intuito de aperfeiçoar a saúde materno-infantil. Esse método é permitido quando o bebê apresenta condições clínicas favoráveis, bem como estabilidade da respiração durante o tempo que for necessário para seu bem-estar. Esse cuidado neonatal convencional é sugerido para bebês de baixo peso ao nascer. O Programa Mãe-Canguru é uma opção no sistema de saúde particular, porém deve ser estimulado nas maternidades do SUS em qualquer território brasileiro.

O método canguru deve ser realizado com a devida orientação dos profissionais de saúde e com a livre escolha dos familiares. A posição canguru estabiliza o bebê, levemente envolvido e posicionado na vertical. Aumenta, dessa forma, o vínculo mãe-bebê permitindo uma maior aproximação de ambos, na qual o bebê tem a possibilidade de estar em contato com a pele da mãe, ou até mesmo do pai, visando uma mudança de atenção à saúde. Desse modo, as mães, pais e bebês

6 Método Canguru - Verificar Anexo A.

vivenciam a comunicação da vida uterina para a extrauterina, ao mesmo tempo passam para o bebê a sensação de se sentir seguro e com maior apego.

Segundo a coordenadora do Método Canguru da instituição na qual foi realizada a pesquisa, o Método Canguru passa por três fases ou momentos. Ele se inicia no ambulatório da UTI e UCI para que as mães tenham conhecimento do procedimento e da sua importância. Quando essa mãe chega à enfermaria canguru, passa pela oficina para entender melhor as regras que devem ser adotadas. O primeiro passo para o bebê ir para o canguru é que ele tenha uma boa estabilidade clínica, que tenha no mínimo 1.200 kg. Caso ele não fique na posição, que se trata de uma posição vertical, envolvido por um *top* ou um lençol que parece uma bolsa, ele perderá calor e comprometerá a sua recuperação.

O principal objetivo do método é o fortalecimento do vínculo, depois estabilidade neurológica e comportamental do bebê. O bebê dorme muito porque o ciclo de sono dele é diferente do bebê a termo. O comportamento dele é como se ele estivesse ainda no útero materno. E a posição canguru vai favorecer um ambiente junto ao calor materno, bem como os batimentos cardíacos que simulam a pulsação do cordão umbilical. Então, existe um conjunto de benefícios: função neurológica, maturação cerebral, desenvolvimento, vínculo afetivo, ganho de peso, estabilidade clínica e estabilidade térmica.

A maternidade trabalha com a quarta etapa que se trata do *Follow up*,⁷ o bebê receberá alta com 1.800 Kg, retornará após 48 horas para fazer avaliação do peso. Para verificar a alimentação, se perdeu ou ganhou peso. – Como ele está se alimentando? Com leite materno? Leite artificial? – Se perdeu peso vai retornar com 48 horas novamente. Essa consulta é realizada por uma equipe multidisciplinar. A primeira consulta é feita pelo enfermeiro e pelo técnico. Caso tenha perdido peso, o médico será chamado para uma nova abordagem. Caso as recomendações sejam realizadas e ainda assim o bebê tenha perdido peso, abre-se um protocolo de investigação. Após a normalidade do quadro esse bebê retornará com uma semana depois. Ele terá alta com 2.500 Kg; até esse peso, esse bebê tem o livre retorno garantido à unidade, ele poderá retornar quando necessário ou em casos de intercorrências. Depois desse acompanhamento, o bebê é encaminhado para o

⁷ *Follow up* – expressão em inglês que significa acompanhar, fazer avaliação. Nesse caso significa o retorno do recém-nascido de alto risco para maternidade com o objetivo de acompanhamento periódico e prevenção.

follow up ou para o posto de saúde. Mas quando se trata de mães do interior, a liberação do bebê acontece com 1.800 kg, que é autorizado pelo Manual do Ministério da Saúde, com 35 semanas ou 1.800 kg. O bebê pode ser acompanhado pelo *follow up* até dois anos de idade, tem maternidades que realizam esse acompanhamento aproximadamente até os sete anos de vida (BRASIL, 1994).

5 APORTES TEÓRICOS

A psicanálise sempre foi unânime em admitir a relevância das primeiras relações da vida de um bebê como o apoio indispensável para o seu desenvolvimento. O presente estudo será fundamentado no referencial teórico de Winnicott, a partir de sua abordagem psicanalítica e como se dá a construção do vínculo família-bebê tendo como mediadores a equipe de saúde interdisciplinar no contexto de uma UTI, pois, há uma teoria que corresponde ao objeto, que é a teoria Winnicottiana que dialoga com as demandas do próprio campo.

Para Winnicott (2010), a relação mãe-bebê se forma desde quando o bebê ainda é um feto, pois o útero não é um lugar isolado e silencioso, o bebê podendo perceber as sensações e emoções de sua mãe. As vozes da mãe e do pai são perceptíveis ao bebê, ou seja, o que a mãe sente ou deixa de sentir, faz ou deixa de fazer, pode exercer influência direta no desenvolvimento de seu filho. Da mesma forma, o bebê influencia sua mãe. Conter em seu corpo outro corpo envolve mudanças diversas nessa mãe, questões imbuídas de sentimentos e sensações. A gestante apresenta uma sensibilidade intensificada. Vale ressaltar que essa intensidade pode variar de gestante para gestante.

O recém-nascido possui uma capacidade bastante importante na interação com o cuidador. Bem como no desenvolvimento da linguagem, sociabilidade, inteligência e aspectos cognitivos da criança, relacionando estas características com o tipo de vínculo que as mães estabeleceram com seus filhos desde a gestação até a idade escolar. (BAPTISTA; DIAS, 2010, p. 126).

Durante a minha breve estadia em instituições materno-infantil, paralelo a bebês que acabaram de adentrar um novo mundo, ainda embaraçados com os mistérios que os circundam referentes à sua origem e direção a qual será acometido, remete-nos a suscitar questões no que tange aos resultados das primeiras relações estabelecidas entre o bebê e o seu principal cuidador. E o que estes implicarão no devir do seu desenvolvimento.

Algumas abordagens, dentre elas a psicanálise, têm enfatizado a relevância dos estágios iniciais nas relações de vida do recém-nascido como fundamento e princípio para o desenvolvimento da criança.

A psicanálise vem mostrando gradualmente que mesmo o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal. É possível que cada pormenor do parto (da maneira que este é percebido pela criança) fique registrado em sua mente, e isto normalmente se evidencia no prazer que as pessoas sentem com os jogos que simbolizam os vários fenômenos que foram vivenciados pelo bebê – virar-se, cair, sensações que dizem respeito à passagem de um meio líquido para um território seco, de uma temperatura constante para o ajustamento obrigatório a mudanças de temperatura, de suprimento de oxigênio e de alimento através do cordão umbilical para a dependência de seus próprios esforços para obtenção de ar e alimento. (WINNICOTT, 2006, p. 64-65).

Donald Winnicott, durante o século XX, formou-se em medicina e encantou-se pela teoria freudiana. Tornou-se psicanalista da Sociedade Britânica a partir da década de 1930. Winnicott parte do pressuposto de que o ser humano tem uma tendência para o desenvolvimento, afastando-se assim de Freud e Melanie Klein, uma vez que estes deram ênfase às questões psicosssexuais. Já outros pensadores, como Bowlby e Erikson, e mais recentemente Loparic, acreditavam que Winnicott criou uma teoria própria do desenvolvimento e do amadurecimento humano.

Loparic é um entusiasta da psicanálise do amadurecimento humano, desenvolvida por Winnicott [...] O percurso da criança só é possível porque existe alguma coisa permanente e fundadora da experiência existencial do amadurecimento, que é a natureza humana, caracterizada por um potencial próprio de crescimento e de tendência à condição de unidade (integração). Loparic conclui que, em Winnicott, o processo de maturação só se realiza a partir de necessidades não causais do ser e que tem, como contrapartida, uma presença devotada de outros seres humanos, que também é de tipo não causal. Por isto, a única coisa que a psicanálise pode fazer é ajudar para que cada um faça o reencontro com o que Winnicott chama de *natureza humana*, com seu potencial intrínseco de maturação e integração. (NOGUEIRA, 2006, p. 337).

Desse modo, Loparic e Nogueira, enfatizam o lema de Winnicott de que não há um bebê sem o cuidar imbuído da maternagem. O ambiente tem uma preponderância legítima na determinação do psiquismo de forma prematura. Segundo Winnicott (2006), a dedicação de uma mãe pode ser entendida como uma adaptação ativa e sensível às necessidades do bebê que a princípio trata-se de uma dependência absoluta, em que esta atende às carências físicas, relacionadas a sobrevivência, como: segurança, alimento e abrigo, assim como as carências de ordem social e afetiva, como amparo, sentimento de pertencimento, identidade dentre outras necessidades.

Erikson (1971) validou a real necessidade de um meio propício que oferecesse a criança, desde muito cedo, todo o aparato emocional conduzido, dessa forma, pelos pais ou cuidadores, como essencial para favorecer ao infante o progresso e desenvolvimento da construção de uma identidade saudável e melhor estruturada.

5.1 COMO SÃO CONSTRUÍDAS AS RELAÇÕES QUE ANTECEDEM E AS RELAÇÕES QUE ADVÊM AO NASCIMENTO DO BEBÊ?

Segundo Maldonado (2000), quando uma criança nasce é, sobretudo, uma experiência familiar. Tanto a maternidade quanto a paternidade são vivências de suma relevância no ciclo vital de homens e mulheres. Durante a gestação dar-se-á o início da construção do vínculo mãe-pai-bebê, assim como uma nova reestruturação da dinâmica, dos novos impactos e uma nova unidade familiar.

De acordo com Stern (1997), com o início da gestação, a mulher vivencia um momento de reestruturação psíquica. Imbuída de sentimentos intensos e ambivalentes, ela está propensa a uma gama de comportamentos, de fantasias, de medos e de desejos. Durante o processo gestacional, ocorre a necessidade de uma reorganização da identidade da gestante, pois, durante esse período, a mãe desenvolve várias representações mentais acerca do bebê que estava gerando: um bebê que nasça perfeito, a termo e saudável. Algumas mães procuram saber o sexo. Será um menino? Será uma menina? É criada uma expectativa em torno do bebê que vai nascer. Será que vai ser normal? Com quem vai parecer?

O período entre a gestação e o puerpério é marcado por alterações físicas e emocionais, quando ocorrem mudanças na rotina, troca de papéis, renúncia e inquietações, e as atenções são voltadas para o bebê.

Winnicott (1963) se preocupava cada vez mais com a influência do mundo externo, representado pelo ambiente familiar, sobre o desenvolvimento infantil. Segundo Winnicott (2006, p. 9), o sujeito, para que se faça existente, necessita da atenção e desvelo de outro sujeito.

Dizemos que o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê. Com o tempo, o bebê torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e até mesmo de experimentar um sentimento de identidade pessoal. Tudo parece muito simples quando vai bem, e a base de tudo isso encontra-se

nos primórdios do relacionamento, quando a mãe e o bebê estão em harmonia. Não há nada de místico nisso.

Expectativas são construídas sobre um bebê imaginário por cada mãe, e envolve, principalmente, o sexo do bebê, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero, e as características psicológicas que são a ele atribuídas. (SZEJER; STEWART, 1997). De modo equivalente, o bebê existe antes do parto e influencia sua relação com a mãe e a família.

Com a descoberta da gravidez, inicia-se para a mulher um período de reorganização psíquica que determinará próximo ao nascimento, uma série de tendências de ações, de sensibilidade, de medos, de fantasias e de desejos, que se denominou 'constelação da maternidade'. Preocupações importantes quanto à capacidade de gerar um filho saudável e perfeito, proporcionar crescimento e desenvolvimento físico ao seu bebê, assim como sua competência de promover o desenvolvimento psico-afetivo do filho, fazem parte das questões que invadem a mulher nesse momento [...] junto a isso, existe uma grande preocupação com sua própria inserção social e seus aspectos individuais como mulher e como pessoa, levando-a a um intenso trabalho psíquico em relação à reorganização de sua identidade após a chegada do bebê. (STERN, 1997, p. 29-32).

A descoberta da maternidade, mencionada pelo autor, compreende que tornar-se mãe origina e causa na mulher transformações de várias ordens como psíquica, física, biológica e social. A maternidade é construída por um espaço de idealizações, podendo gerar ou não conflitos de ordem inconsciente. A constelação da maternidade pode variar de mulher para mulher, em diferentes níveis, são sentimentos experienciados de modo intenso, ou até mesmo ambivalente. Ocorre uma reorganização da identidade, resultante das características individuais de cada uma, da sua história de vida, inclusive, da relação com a sua própria mãe. O bebê antes mesmo de existir de forma real já existia no imaginário, construído a partir de fantasias, sonhos e expectativas. Ademais, há o temor de ser acometido por uma situação inesperada como uma patologia ou da própria necessidade de uma permanência maior no ambiente hospitalar rodeado de aparelhos desconhecidos, sofisticados e de alta complexidade que de certa forma cooperam para a possibilidade de um desequilíbrio físico e emocional.

Nesse estado, a mãe compreende o seu bebê através de uma capacidade de identificação, construindo com ele uma unidade, em que a mesma vai buscar se identificar com o seu bebê e procurar saber do que ele precisa e quais são as suas

necessidades. Em algumas situações, a preocupação materna chega a se tornar exacerbada.

Esta fase caracteriza-se por uma extrema sensibilidade a todos os sinais e manifestações do bebê, a ponto de a mãe negligenciar todos os seus demais interesses, sejam eles pessoais, sociais ou outros. A mãe é assim capaz de captar, decodificar e traduzir com grande eficácia aqueles sinais e manifestações, interpretando-os com grande eficácia. Não é raro que as mães, neste estado, apresentem súbita ejeção de leite, que lhes molha as vestes ou é projetado à distância quando estão despidas, ao simples ouvir do choro do bebê. (WINNICOTT, 2000, p. 309).

Winnicott (1963) avaliou três categorias que são definidas como estágios de desenvolvimento do bebê, são elas: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. Durante o decorrer desse trabalho, iremos tratar da dependência absoluta devido ao recorte da temática proposta, que trata do vínculo mãe-pai-bebê e o seu contexto familiar. No que se refere à dependência absoluta, ele a chamou de Preocupação Materna Primária (PMP),⁸ ou seja, um modo de ser e agir que a mãe faz progredir paulatinamente e se traduz em uma condição de maior sensibilidade, ansiedade e realização, principalmente no final da gravidez, apresentando também comportamentos de proteção. Na dependência absoluta, ocorre o que ele denominou preocupação materna primária. Neste estado, a mãe compreende o seu bebê através de uma capacidade de identificação, construindo com ele uma unidade.

Por outro lado, a falta de conexão da mãe com o seu bebê, no primeiro momento, pode causar na criança um estado de não integração, como se fosse um corpo fragmentado, o que poderá acarretar o surgimento de patologias. Para Loparic (1996), as várias sensações de ameaças iminentes assombram o bebê que tem o receio de retornar a uma condição de não integração, conduzindo ao aniquilamento, seguido do corte de descontinuidade do ser e ao susto do desalojamento do próprio corpo, imbuído da impressão de despencar e cair no vazio em um ambiente imprevisível.

⁸ A Preocupação Materna Primária promove um alto grau de adaptação da mãe às necessidades do lactente. Ela então exprime o seu amor pela criança através dos cuidados físicos que suprirão estas necessidades, às quais procura adaptar-se de maneira realmente ativa e criativa. No nascimento, o bebê tem dependência absoluta, em relação ao meio ambiente. A mulher, na dedicação exclusiva, ou de preocupação materna primária, percebe a importância desse meio ambiente como o contexto facilitador dos processos de integração, com seu filho através do cuidado materno a ser realizado.

Segundo Winnicott (1970), o sujeito traz um potencial próprio que pode ser desenvolvido e que pode facilitar a integração, mas isso não quer dizer que vai acontecer de fato, dada a importância do ambiente e do cuidador. A princípio, esse ambiente é representado pela mãe, na qual a criança identifica suas características situacionais e pessoais, podendo ser incluída a figura do irmão mais velho, do pai, do avô e da família estendida, caso seja presente na rotina da criança. É importante relatar que um meio facilitador proporciona o desenvolvimento de uma personalidade sadia na criança. Esse contexto no qual a criança está inserida deve compor características físicas que apresentem suporte ao indivíduo e que fomentem possibilidades de criar, explorar, produzir e buscar vivências significativas. Como diz Winnicott (1999a, p.148) “[...] o suprimento ambiental ou fornece uma oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento, ou então impede que tal aconteça”.

O bebê tem a necessidade de adaptar-se ao ambiente, ainda que, de maneira inapta, mas "o que falta a uma criança é compensado e fornecido pela mãe. Esta propicia a satisfação de todas as suas necessidades. O resultado é uma relação complementar, uma díade". (SPITZ, 1979, p. 23).

Winnicott (2006) e Wanderley (2011) relatam que a função materna é um período muito precoce e de extrema dependência do outro, para que o bebê possa existir e dar continuidade. O RN necessita de atenção integral, cuidados e investimento do outro para que ele possa se humanizar. Quando ocorre a personalização, a criança vai se diferenciando do outro, se tornando pessoa. A ligação afetiva se estabelece de forma gradual através do olhar, da troca de sorrisos e até mesmo do choro. As reações do bebê podem comunicar à mãe a ideia de que o bebê está lhe respondendo e, desse modo, atrair ainda mais o interesse dessa mãe que dará continuidade ao investimento e desenvolvimento emocional do seu bebê.

Spitz (2000) também busca elucidar a forma como essas relações influenciam diretamente na sobrevivência e ampliação do desenvolvimento psíquico da criança. Pois, o que falta na criança é preenchido pela mãe ou um substituto dela.

Quando o bebê mama, ele olha a mãe, caracterizando, assim, ‘a experiência situacional unificada’, ou seja, a conexão mão-boca-labirinto-pele funde-se com a primeira imagem facial, a face da mãe. (SPITZ, 1983, p. 78).

Winnicott (2006), ao comentar sobre o saber e aprender, diz que existe aquele conhecimento que não é ensinado, por exemplo, ensinar a mãe a ser mãe. É um tipo de conhecimento que não é técnico, sendo adquirido “naturalmente”. Para a mãe grávida, o seu bebê é vivenciado como objeto interno. Ela vai priorizar o bebê que está chegando, tirando a atenção dela. Muitas vezes coloca-se no lugar do bebê, denominado pelo autor de função transitiva. Para a mãe, só ela sabe como o bebê está se sentindo, mais ninguém, ou seja, ela pensa pelo bebê e se coloca na posição do mesmo, supondo sentir e saber por ele, o que pode levar a dois caminhos: quando esse sentimento e ações são exacerbados e ultrapassam os limites considerados saudáveis, para o bebê, a mãe será intrusiva e isso pode causar certo risco para o desenvolvimento infantil. O outro caminho é quando a mãe corresponde às necessidades do bebê de forma tranquila, ou seja, ela não é intrusiva e não é omissa.

Da mesma forma, para Brazelton e Cramer (1992), as mães apresentam, em graus dos mais diversos, a capacidade de reconhecer as necessidades, preferências e limites do bebê. Assim como enfatizam que o primeiro estágio da relação mãe-bebê é uma etapa importante no que toca à prevenção de possíveis desorganizações no desenvolvimento da criança.

A vinculação materna é um processo de adaptação mútua, que se dará de forma paulatina. Uma forma de envolvimento afetivo da mãe com o bebê, que se constrói na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do bebê, pelo que o bebê participa na ligação afetiva que a mãe vai ter com ele. Sendo assim, o comportamento do bebê interfere na vinculação materna que, por isso, não é um processo unidirecional. (KLAUS; KENNEL, 2000).

Ademais, a mãe tem três funções consideradas fundamentais para a estruturação dessa relação: apresentação do objeto, o *holding* e *handling*.

Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa. (WINNICOTT, 1990, p. 131).

No que se refere à apresentação do objeto, a mãe apresenta ao bebê o primeiro objeto de satisfação, o seio, através do leite ofertado. O bebê vai realizar

uma associação que é o potencial de criar. Por exemplo, quando o bebê chora porque está com fome e a mãe prontamente aparece e dá o seio para ele, logo, o bebê tem a ilusão de que ele criou o objeto. Como se o mundo fosse uma fusão dele com a mãe. O bebê se encontra no estado de onipotência.

O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem crie o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou um manejo corporal que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência. (WINNICOTT, 1962 apud LESCOVAR, 2001, p. 46).

O *holding*⁹ é um termo de origem inglesa (segurar, manter, capacidade para conter), e refere-se à sustentação física que também tem uma sustentação psíquica associada, ou seja, como esta mãe segura esse bebê e como atende às suas necessidades. Diz respeito a um segurar acompanhado de afago e proteção, impedindo que o bebê “caia”, aquecendo-o com seu corpo, ou seja, a capacidade de conter.

O primeiro espelho da criatura humana é o rosto da mãe, seu olhar, sorriso, expressões faciais, etc. Essa mãe que se apresenta como espelho ao filho no processo de *holding* não deverá jamais ser entendida como uma mãe-espelho que é passiva e fria, mas deve ser concebida como uma mãe que empresta as ‘funções egóicas’ (perceber, ter um juízo crítico, pensar e etc.) à criança, sem perder seu papel ativo, transformador e sadio de levar em frente a questão da formação da personalidade independente e adulta do filho. (WINNICOTT, 1975 apud ZIMMERMAN, 1999, p. 106).

O *holding* também está presente no momento de amamentar o bebê, como uma forma de comunicação, permitindo à genitora amamentar e corresponder ao olhar do bebê transmitindo-lhe confiança, afeto e significados. Possibilitando à criança, quando na fase adulta, um olhar diferenciado, criativo e integrado, o *holding* é uma das funções da mãe suficientemente boa, que apresenta grande relevância nas relações que o indivíduo desenvolverá futuramente com o meio e com outros sujeitos. Ele irá vivenciar a continuidade do ser.

⁹ *Holding* se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe e, é ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho.

Segundo Winnicott (2006, p. 4), “[...] usar o verbo segurar, é ampliar o seu significado para que possa abranger tudo aquilo que, nesta ocasião, uma mãe é e faz”.

A falta ou a lacuna de um *holding* eficiente pode provocar a sensação de “despedaçamento”, podendo provocar sensação de insegurança na fase adulta e até mesmo desenvolver atitudes de retraimento. O *holding* saudável é quando a criança não se sente invadida pela mãe e nem pelo ambiente e, ao mesmo tempo, não se sente ameaçada ou em estado de desamparo.

O *handling*¹⁰ representa a forma como o bebê é tratado, acolhido, cuidado, manejado ou manipulado. Permite ao bebê conhecer e mapear o seu próprio corpo (jogo lúdico, brincadeiras ao banhar o bebê, fazer cócegas), auxiliando-o no que diz respeito à noção corporal. Esta personalização vai diferenciando a criança do outro, tornando-a pessoa, construindo um ambiente capaz de facilitar uma imagem de ser e estar bebê no devir, não mais como uma extensão da mãe.

Segundo Winnicott (2000), será através do manejo cuidadoso, sensível e, portanto, carinhoso, que a relação positiva vai sendo construída e mantida pela mãe. Esse contato físico, que se deu pelo manejo, levará a criança a um reconhecimento gradativo de seu corpo, possibilitando uma construção imaginária do mesmo, resultando na psique encontrando o corpo como sua morada. Esse momento é importante por assinalar o êxito de um marco no desenvolvimento. No processo de integração, o bebê reconhece-se como “eu sou”.

Para Mahler (1977) e Rabinovich (1991) de um lado, há uma busca de separação das figuras de vinculação, porém, do outro lado, são as mesmas figuras pertencentes a esta relação de vínculo que possibilitam a formação e construção da individuação.

5.2 RELEVÂNCIA DO CONTATO PRECOCE PARA O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

Winnicott (2006) cria o conceito de mãe suficientemente boa para descrever o possível estado do ego da mãe em harmonia com o ego do filho, sendo o bebê

10 *Handling*: experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe, facilitando a parceria de uma formação psicossomática. É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado.

como parte integrante de sua mãe que irá se adaptar para estar atenta ao seu bebê de forma tranquila e conseguir perceber os seus movimentos. Ela se coloca no lugar daquela pessoa que pode interpretar as necessidades do bebê. Esta mãe não será omissa, que significa respeitar a onipotência do bebê, e nem intrusiva, impor o que acredita ser o certo; ou seja, quando o gesto espontâneo do bebê não pode ser acolhido, ele pode se sentir invadido, trata-se da mãe insuficientemente boa, que não se identifica com a necessidade do filho. Isso acontece pela falta de adaptação ativa do meio maternante, ou seja, quando a mãe não permite o movimento do bebê em relação à sua independência, o continuar a ser, denominado por Winnicott de maturação, que permeia o processo de criatividade, da construção do sentido de realidade.

[...] para o desenvolvimento psicológico normal da criança em todos os seus aspectos, cognitivo, afetivo e social, é necessário o estabelecimento dessa interação sintonizada e sincronizada, em que o comportamento da criança tenha alguma consequência sobre o da mãe ou substituto, e onde as respostas da mãe sejam adaptadas ao comportamento da criança, estimulando-a e dando-lhe tempo para que reaja, numa cadeia harmônica de interações recíprocas. (ROSETTI-FERREIRA, 1986, p. 176).

A mãe que está passando por algum sofrimento psíquico, uma depressão pós-parto ou até mesmo uma nova gestação não planejada, pode não estar preparada para se encarregar da função materna primária. O mais adequado, nesses casos específicos, seria convocar outro cuidador que deve se adaptar e se dedicar a esta nova condição, que pode ser o genitor, uma tia, uma avó; enfim, o objetivo é que esta criança não vivencie uma experiência traumática de desamparo.

É importante destacar as relações interpessoais que interferem ou podem contribuir para o bem-estar do bebê, assim como para o desencadeamento do sofrimento psíquico que envolve os cuidadores e as dificuldades subjetivas que envolvem sentimentos ambivalentes de medo e aceitação.

A mãe, no início mesmo da vida do bebê, deve alcançar um estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença [...] ela deve adoecer por seu filho. A mãe deve ter saúde suficiente para desenvolver esse estado de doença/enamoramento e para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. (WINNICOTT, 1956, p. 401).

Esse mesmo autor vai fazer uma associação entre a “mãe suficientemente boa” e a “mãe dedicada comum”, pois geralmente são mães que cuidam do seu

bebê. Logo, as mães têm um papel importante no processo de organização da criança. A mãe, para exercer a sua função, não precisa aprender nos livros, em sua maioria, ela é o bebê, e o bebê é ela.

Na experiência de tornar-se mãe pode ocorrer um desvio do narcisismo e o bebê se torna o centro das atenções durante algum tempo. Quando o bebê chega, ocorre um investimento. O lugar que a mãe ocupa através das funções que ela exerce possibilita à criança entrar na cultura: alguém introduziu esse bebê ao mundo dos humanos. O bebê começa a se perceber como unidade, um sujeito diferenciado e, gradativamente, ele vai se integrar e construir a organização do seu ego.

As influências ambientais existem desde a concepção do feto, através da história passada dos seus pais, seus desejos, suas fantasias inconscientes, seus conflitos transgeracionais e o lugar destinado a este bebê. Esta história, que está no inconsciente dos pais, influencia o novo ser desde a gestação até o final da vida. (CARON, 2000, p. 126).

Bowlby (1990), que também teve seu pensamento nas raízes psicanalíticas, vai dar grande relevância ao meio ambiente no que se refere ao desenvolvimento infantil, assim como descrever a importância das primeiras relações para o desenvolvimento do apego. A teoria do apego na qual o autor explicou esta ligação no que tange às relações do bebê com sua mãe ou cuidador, reforçando a relevância dos pais na construção de uma base sólida na qual a criança possa descobrir o mundo e experimentar se sentir amparado física e emocionalmente, caso se sinta ameaçado ou vivenciando algum tipo de sofrimento. Os estudos do autor demonstram que crianças que tiveram um apego seguro com suas mães, geralmente, no futuro, tornam-se pessoas com facilidade de socialização, são cooperativas e autoconfiantes. Ao contrário, as crianças que não estabeleceram um vínculo seguro e satisfatório de apego estão mais propensas a se tornarem adultos antissociais, hostis e demonstram insegurança.

Bowlby ratifica que o ser humano recebe uma capacidade de herdar probabilidades de ampliar certos comportamentos como: sorrir, chorar, seguir com os olhos, sugar, dentre outros. E este comportamento inato faz parte também de comportamentos integrados, adquiridos num determinado ambiente ao qual ele se adaptou e evoluiu. Principalmente quando nos referimos ao processo de interação com o seu principal cuidador, na maioria das vezes, a mãe. Desse modo, o vínculo é chamado de apego por possuir uma função biológica específica resultado dessa

combinação e aproximação entre mãe e filho, ou seja, essa relação somente se concretiza através do afeto, carinho, necessidades socioafetivas e de apego como um agente primário para o desenrolar, apropriado para o desenvolvimento.

Winnicott e Bowlby comungam da importância do desenvolvimento das primeiras relações do bebê com o seu cuidador/mãe. Contudo, existem divergências na teoria de cada um deles, divergências estas que não fazem parte deste estudo.

Winnicott (2006) descreve que devido à dependência absoluta do bebê nos primórdios da sua vida, é afetado por tudo o que acontece, deste modo, as experiências são armazenadas no seu sistema de memória. Na maioria das vezes, antes mesmo do seu nascimento são proferidas a ela palavras de carinho, afeto e amor. Visto que, a criança está colocada em um lugar simbólico, preexistente. Sendo assim, a vida consiste na interação do que é proporcionado a essa criança, assim como as tendências inatas. E que contribui de maneira decisiva na formação do sujeito. Contudo, vale ressaltar que esta mãe suficientemente boa ou dedicada comum, em determinado momento também precisa ser ausente, o que viabiliza propor de forma paulatina e necessária a desilusão das ilusões, permitindo que a criança também possa experienciar à frustração, que é necessária para o desenvolvimento emocional da criança. É importante salientar que essas frustrações não podem acontecer de forma exagerada e nem de maneira escassa, pois corre o risco de causar danos no desenvolvimento e conseqüentemente na estrutura sadia da criança.

No entanto, dentre as possíveis problemáticas que envolvem o recém-nascido na UTI Neonatal e a relação humanizada mãe-pai-bebê e equipe interdisciplinar, pode-se supor:

- que a prematuridade implica em desorganização e interrupção brusca na relação e/ou construção do vínculo mãe-pai-bebê, pois rompe com os ideais relacionados à maternagem e à nova família que se inicia;
- que a separação altera e afeta a dinâmica familiar;
- que as ações humanizadas teriam por objetivo minimizar o afastamento e preservar a humanidade do bebê, assim como o vínculo mãe-pai-bebê que fora interrompido, considerando a necessidade de separação e internação após o nascimento prematuro.

Então pergunta-se: de que forma é vivenciada a relação de humanização mãe-pai-bebê prematuro na UTI Neonatal pela família a partir da separação precoce que ocorre face à hospitalização a que o bebê é submetido? Assim sendo, decorrem os objetivos do trabalho.

6 OBJETIVO GERAL

Compreender a relação estabelecida entre mãe-pai-bebê prematuro no processo de separação precoce na UTI Neonatal e como a equipe interdisciplinar intervém nesta vivência juntamente com a família na unidade em que o bebê está inserido.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as práticas hospitalares na UTIN referidas ao neonato e a seus familiares e quais são as estratégias de atenção humanizadas;
- Verificar como tais práticas interferem nas relações bebê-mãe-pai, mãe-pai, bebê-família no que se refere às relações construídas entre os familiares no contexto hospitalar;
- Verificar os desafios encontrados pela família no processo de vinculação com o bebê internado;
- Investigar os sentimentos dos pais e das mães diante da separação precoce do bebê;
- Descrever a comunicação entre a equipe de saúde com as mães, pais e familiares;
- Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos genitores na aproximação com seu filho(a), bem como na travessia do sofrimento vivido;
- Buscar compreender como é vivenciado o acolhimento direcionado à família pela equipe de saúde.

7 MÉTODO

Conforme Minayo (2007), metodologia é a utilização de procedimentos para construção de um caminho científico que se estrutura no estudo crítico dos métodos empregados nas ciências.

Nessa pesquisa, foi utilizada uma abordagem descritiva qualitativa, de cunho etnográfico e entrevistas. A pesquisa visou compreender a relação estabelecida entre mãe-pai-bebê no processo de separação precoce na UTI Neonatal e como a equipe interdisciplinar intervém durante esta vivência juntamente com a família. Esse tipo de pesquisa qualitativa requer abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os participantes da pesquisa.

A natureza do social é considerada essencial nas pesquisas de abordagem qualitativa, na medida em que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito da saúde e da doença. Assim, parte-se da premissa de que é imprescindível compreender os determinantes sociais que conduzem a vida dessas pessoas e as abordagens qualitativas buscam justamente compreender essa realidade que os números indicam, mas não revelam. (MINAYO, 1994, p. 21).

Quanto à natureza, o trabalho apresenta características qualitativas, pois neste modelo de pesquisa, conforme Minayo (2007), há uma relação dinâmica entre a realidade e o sujeito, ou seja, a pesquisa qualitativa visa evidenciar características entre a subjetividade e a objetividade do sujeito com o pressuposto de investigação acerca da elaboração e execução do trabalho. Logo, a pesquisa qualitativa é de suma importância para este trabalho, que tem como intuito descrever, analisar e interpretar de forma clara e precisa os seus objetivos.

Minayo (2014, p. 47) descreve a pesquisa como “a atividade básica das ciências na sua indagação e construção da realidade [...] pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente”. A ciência está por fazer-se em constante processo de construção, ela não se esgota, pois a circulação do conhecimento não se restringe ao escrito, possibilitando uma junção de teoria e dados, pensamento e ação.

Além da utilização de uma abordagem descritiva qualitativa, é imprescindível o levantamento bibliográfico, seguindo as orientações de Marconi e Lakatos (2009)

no acompanhamento dos passos direcionados à metodologia científica, o que permite transpor de uma proposta de pesquisa para a elaboração e realização concreta do projeto que passará por todas as etapas necessárias durante seu processo de construção.

A pesquisa de levantamento é quando envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer, ou seja, tem o objetivo de conseguir informações acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 188).

De acordo com Bosi (2003), podemos perceber que, do encontro entre pesquisador e narrador nasce o novo. E juntamente com ele os limites e as possibilidades. A troca ocorrida entre eles permitirá que ambos saiam transformados desse convívio.

7.1 LOCAL

A pesquisa de campo ocorreu em uma instituição materno-infantil pública na cidade de Salvador-Bahia, no período entre dezembro de 2015 e setembro de 2016, com algumas interrupções e apresentação de novo cronograma acordado com a instituição. A maternidade funciona como unidade de referência para a gestação de alto risco e assistência aos recém-natos que demandam cuidados especiais, seja pela prematuridade ou por serem portadores de alguma patologia. A maternidade está capacitada para realizar até dois mil partos por mês. O atendimento é exclusivamente para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição foi inaugurada em junho de 2006. Conta com um sistema completo de apoio diagnóstico e terapêutico, composto de laboratório de análises clínicas, unidade de bioimagem e agência transfusional. A maternidade realiza cerca de 600 partos por mês e dois mil atendimentos mensais na emergência. A UTI Neonatal é uma unidade fechada, com alto nível de aparatos tecnológicos, ruídos constantes, excesso de iluminação e atuação contínua de profissionais de saúde que trabalham em regime de escala. Tanto na UTI, quanto na UCI as mães e os pais têm livre acesso, ou seja, o tempo de permanência é integral a depender da disponibilidade dos genitores. Alguns anos atrás, o tempo de visita para as mães e para os pais era

estipulado até às 20h. Atualmente, após algumas mudanças e a implantação da rede cegonha, as mães e os pais não são considerados visitas dentro da unidade, ou seja, seu acesso é livre, 24 horas, em se tratando de avós e avôs os dias são alternados e os horários são fixos durante o turno vespertino. Na UTIN há dois leitos privativos destinados a bebês que estão em precaução de contato, ou isolamento, por algum motivo específico. Destinados a RN com diagnóstico confirmado com processo de infecção, vírus, bactéria, dentre outras disseminações de micro-organismos.

A higienização da UTIN e UCI é realizada frequentemente da seguinte forma: segunda-feira – Ala A; terça-feira – Ala B; quarta-feira – Ala C; quinta-feira – Ala D e assim sucessivamente.

Nessa maternidade são oferecidos serviços de pronto-atendimento, ambulatório voltado para o pré-natal em gestantes de alto risco e internação, especializados, assim como atenção neonatal e terapia intensiva. Ela possui atualmente 246 leitos, distribuídos entre: 180 de unidade aberta (alojamento conjunto), 20 de UTI Neonatal, 28 de UCI com berçários para cuidados intermediários, destinado à semi-intensiva, um centro cirúrgico e obstétrico, com dez salas de parto normal e quatro salas de cirurgia, dez de UTI obstétrica e 30 leitos enfermaria-canguru, o maior canguru da Bahia. O perfil da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é para o internamento de recém-nascidos pré-termos e/ou a termos, em uso de ventilação invasiva ou não, que tenham saído da zona de instabilidade clínica.

Existe ainda um espaço destinado às mães, chamado de “Espaço Mãe”, uma sala com 15 m² que comporta até 12 mães. Este alojamento possui 12 poltronas reclináveis e um aparelho de ar-condicionado. Os critérios para utilização do espaço são: mães oriundas do interior e que não têm famílias na cidade de Salvador, nem condições econômicas de arcarem com custos de viagens constantes. São oferecidas a essas mães três refeições diárias e uma ceia. Elas têm acesso a um banheiro exclusivo para que possam realizar a sua higiene pessoal. Caso haja vaga no espaço, pode ser preenchida por mães da cidade que desejam estarem ainda mais próximas dos seus bebês. A localização do “Espaço Mãe” é ao lado da UTI Neonatal.

O “Espaço Mãe” deveria fazer parte de uma estratégia do Ministério da Saúde que foi sancionada em junho de 2011, através da portaria n. 1.459. O programa

chamado Rede Cegonha¹¹ acompanha a mulher em todas as etapas e assegura a implantação do modelo que contemple ações de saúde, como: pré-natal; sistema logístico, sanitário e regulação; puerpério e atenção integral à saúde da criança, parto e nascimento desde a confirmação da gravidez, pré-natal, parto e 28 dias após o parto. É um programa do Ministério da Saúde que busca assegurar os direitos da mulher, seu planejamento reprodutivo e atenção humanizada que está sendo implementada nas redes materno-infantil em todo território nacional de forma gradativa. Contudo, a existência do espaço não é uma realidade na maioria das instituições materno-infantil na cidade de Salvador.

Há ainda na maternidade um banco de leite onde as mães que têm leite em excesso o armazenam no lactário para doação. Alguns critérios são adotados, geralmente são mães que estão com seus bebês na UTIN, mães saudáveis ou mães da enfermaria canguru. Quem recebe o leite são bebês internados, na maioria das vezes, por prematuridade ou outras dificuldades referentes à amamentação e não podem receber o leite diretamente do seio. Recebem o benefício da própria mãe ou de outras doadoras através da sonda ou via oral. O leite ordenhado para doação é encaminhado para o banco de leite onde ocorrerá o processo de pasteurização.

7.2 DINÂMICAS DO ATENDIMENTO À MÃE, AO BEBÊ E À FAMÍLIA

O modelo gerencial praticado na instituição é de gestão por organização social, no qual o governo garante a prestação de serviço universal e gratuito, sem a obrigatoriedade de gerenciamento direto, ainda que sem abrir mão do controle e da avaliação permanente. Apesar de ser uma unidade aberta, a maternidade é a maior unidade da Bahia, na cidade de Salvador, de assistência à gestação de alto risco, ou seja, as gestantes ao chegarem à instituição são encaminhadas para o pronto atendimento e avaliadas. Em se tratando de uma gestação tranquila e que não tenha disponibilidade de enfermaria no momento, as mesmas são encaminhadas para outra unidade para que possam parir seus filhos de modo seguro.

A equipe multiprofissional é integrada por especialistas em obstetrícia, clínica geral, neonatologia, cirurgia geral, neurocirurgia, nefrologia, endocrinologia, equipes

11 Rede Cegonha - Verificar Anexo B.

de enfermagem, assistência social, psicologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, dentre outros profissionais.

As gestantes de alto risco e mães que realizam acompanhamento do pré-natal no ambulatório são encaminhadas para o pronto atendimento e em seguida para sala de pré-parto. Na sala de pré-parto, existe o trabalho desenvolvido por uma das psicólogas com formação em Doula¹² e voluntárias. Não é exigida experiência para ser Doula, basta ter compromisso e realizar o curso. Elas garantem o apoio físico, emocional, encorajamento e desenvolvem técnicas de respiração, de relaxamento e acolhimento nos momentos que antecedem o parto. A depender do caso de cada uma delas, ou seja, se o parto será normal ou cesariana, estas mães são conduzidas ou para sala de parto normal ou para sala de cirurgia. Toda paciente tem direito a acompanhante, tanto nas consultas como nas internações. Nessa instituição, há pouco tempo atrás, às parturientes eram orientadas a escolherem um acompanhante do sexo feminino, devido à exposição das mesmas na sala de pré-parto, local onde aguardavam o momento da dilatação adequada ou preparação de procedimentos anterior à cirurgia. Recentemente, a instituição buscou trabalhar de forma gradativa as condições físicas e emocionais do acompanhante no intuito de evidenciar o parto, de poder viabilizar de modo claro e necessário que o pai possa assistir o nascimento do seu filho, assim como cortar o cordão umbilical. Esses procedimentos provocaram uma reestruturação do parto e da autonomia da mulher, pois a parturiente sempre foi e sempre será a protagonista desse momento, ainda que, ela não soubesse da sua ação plena, a partir de agora ela tem consciência dos seus direitos, do seu exercício de controle dos seus atos e o poder da tomada de decisões. Desse modo, ela decide o que é melhor para ela na situação na qual se encontra, desde que esteja lúcida e orientada no tempo e no espaço.

Tratando-se de prematuridade ou patologia, o recém-nascido é conduzido por meio da equipe de saúde para a UTI neonatal, local onde será monitorado por 24 horas e tomadas as providências necessárias para a sua sobrevivência. Nesse momento, mãe e bebê são separados logo após o nascimento, sendo isto realizado de forma brusca de modo que, na maioria das vezes, ela não conhece o rosto do

12 Doula – vem do grego e significa mulher que serve. Que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê.

filho. O primeiro contato dar-se-á na UTI Neonatal quando a mãe estiver mais restabelecida do ponto de vista clínico e emocional.

Tanto na UTI, quanto na UCI, ocorre frequentemente a hora do “PSIU”, que acontece nas unidades aproximadamente entre (10:00 – 11:00); (16:00 – 17:00); (22:00 – 23:00); (04:00 – 05:00), em que busca-se baixar a luminosidade do ambiente, menor ruído possível e pouca manipulação do bebê. Os profissionais conversam somente o necessário com o objetivo de reduzir os fatores estressores e repor as energias do RN hospitalizado.

Quando o bebê atinge uma zona de estabilidade, ele está apto para ser transferido para UCI, que é uma unidade intermediária, porém, ele ainda não tem condições de ficar em uma enfermaria ou ir para casa. Após a alta da UCI, o bebê é transferido à enfermaria canguru, para que ele possa ganhar peso mais rápido, ou o bebê também pode estar apto para enfermaria conjunta ou alojamento conjunto e terá a mãe como seu acompanhante. Os condicionantes que o bebê deverá apresentar para obter alta hospitalar são: estar com o peso ideal (2.500 Kg), aprender a sugar bem e ter uma boa deglutição.

O Método Canguru, que é um modelo de assistência humanizada para bebês de baixo peso segue algumas etapas. A primeira etapa do canguru ocorre na UTI e UCI, quando estas mães são orientadas e preparadas a cuidar do seu bebê; na segunda fase, que é a enfermaria canguru, o bebê vai para o canguru quando atinge aproximadamente 1.200 Kg. A equipe do canguru prepara uma aula para mãe para falar o que é o Método Canguru, acerca da: estabilidade clínica, estabilidade térmica, maturação cerebral, estabilidade neurológica e comportamental do bebê e que o período pode ser de longa permanência, dentre outros informativos para a família. As profissionais de psicologia e terapia ocupacional ajudam na aplicação de um instrumento que foi criado pela própria equipe do canguru para avaliar se esta mãe que acabou de sair da primeira etapa se encontra em fase de transição para a segunda etapa e apta ou não para participar do método. (Anexo C). O método não é somente a mãe subir para o canguru e colocar seu filho na posição. Ela precisa conhecer os benefícios, aceitar e querer participar, pois esta mãe, ao receber alta para casa, precisa detectar os sinais de risco do seu bebê. Atualmente, não somente a mãe faz o canguru, mais também tem uma boa adesão do pai e da avó, o que fortalece ainda mais o vínculo, assim como a visita do irmão, pois o principal intuito do Método Canguru é o vínculo familiar.

Na enfermaria canguru existe uma sala de convivência em que a equipe promove, na maioria das vezes com recursos próprios, ajuda de voluntários e apoio da instituição: aniversário da criança, roda de conversas, festas mensárias, dia da beleza, heiki para relaxamento, artesanato, cine-pipoca, biblioteca ambulante, dentre outras atividades. No espaço, tem uma pia para que as mães possam lavar as roupas do bebê e estender em varais ou biombos. Em cada banheiro, a mãe tem acesso a varal para pendurar suas roupas íntimas, vestidos e camisolas para que elas possam se organizar da melhor forma possível. Com o objetivo de desospitalizar e tornar esse espaço mais humanizado, o intuito é que elas possam remeter-se à ideia de casa.

A média de permanência no espaço canguru é de 13 a 15 dias. Este cálculo é baseado nos novos indicadores que possibilitam a alta do bebê para enfermaria conjunta quando ele consegue atingir 1.700 Kg, apresentar boa sucção e deglutição.

Outra articulação desenvolvida na instituição é a reunião semanal com as mães, os pais, avós e demais acompanhantes do bebê, tanto na UTI Neonatal, quanto na UCI. Essa reunião não é voltada para o boletim clínico; então, ela não tem o objetivo de informar se determinado bebê tem uma patologia, se está evoluindo bem ou não está evoluindo. É uma reunião para perceber como os cuidadores estão se sentindo dentro da unidade e como a unidade percebe esses cuidadores. Este encontro vai muito além de somente apresentar uma unidade para eles.

Algumas reuniões são temáticas, e podem tirar dúvidas de rotinas como cuidados em geral com os bebês prematuros: Método Canguru, como dar o banho, como trocar uma fralda, a que horas eles podem entrar ou não podem entrar, a higienização das mãos, se eles podem tocar no bebê, por que não podem tocar no bebê, se existe precaução de contato, porque que não existe precaução de contato, o que é isso? O que é essa capa que esse profissional usa para tocar no filho dele? Enfim, falar sobre aquelas crianças que estarão prontas para ir para casa, o processo de empoderamento dessa mãe em fazer o curativo de colostomia,¹³ em trocar uma sonda, em aspirar esse paciente. Então tudo isso é discutido.

Paralelamente a essas reuniões, há a presença de alguns profissionais que colaboram para o processo, pois também é um momento de troca, como o pessoal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), psicologia, fisioterapia,

¹³ *Colostomia* – quando o paciente utiliza uma bolsa especial para que suas fezes sejam coletadas.

nutrição, enfermagem e serviço social, o objetivo é desmitificar e diminuir as ansiedades dessas mães e desses pais que têm seus filhos internados nessas unidades.

Segue abaixo, de modo informativo e ilustrativo, o Quadro 1 apresentando dados dos últimos três meses referente ao número de nascimentos normal e cesáreo na maternidade (julho/agosto/setembro 2016).

Quadro 1 – Tipos de Partos realizados no período de julho a setembro de 2016, em Instituição materno-infantil, em Salvador - 2016

Total de partos em julho de 2016	Total de partos em agosto de 2016	Total de partos em setembro de 2016
Normal: 408	Normal: 342	Normal: 300
Cesário: 196	Cesário: 207	Cesário: 216
Total de partos: 604	Total de partos: 549	Total de partos: 516

Fonte: elaboração da autora.

7.3 PARTICIPANTES

A seleção dos entrevistados¹⁴ ocorreu por conveniência, refere-se aos pais, mães e profissionais que, durante o período de permanência do pesquisador na unidade, aceitaram participar do estudo e se sentiram à vontade para relatar as suas vivências. A pesquisa entrevistou sete mães, sete pais de bebês pré-termo, considerados de alto risco, desde que obedecidos os critérios de inclusão, de pais e mães cujos bebês estivessem hospitalizados entre os primeiros 45 dias de admissão na UTI. O número de entrevistados foi avaliado como o que seria possível nesse período. As entrevistas com as mães e os pais foram realizadas na sala de espera da UTI Neonatal. Dos voluntários entrevistados apenas um era casal e reside na cidade de Salvador.

Das mães entrevistadas cinco, são oriundas do interior da Bahia e ficaram alojadas no “Espaço Mãe”, uma reside também no interior da Bahia, mas estava alojada na casa de familiares e apenas uma mãe reside na cidade de Salvador (Quadro 2). Dos pais entrevistados, três residem na cidade de Salvador, um tem

14 *Entrevistados* - para designar os participantes envolvidos no processo das entrevistas foram utilizados nomes de flores com as letras iniciais dos respectivos nomes das mães e dos pais. Os profissionais de saúde foram identificados pela sua especialidade.

familiares ou parentes na cidade, o que facilita a sua estadia e três pais são oriundos do interior da Bahia (Quadro 3).

As entrevistas ocorreram em um ambiente reservado, de forma individual e confortável para o entrevistado(a), na própria instituição hospitalar e previamente agendadas. O respeito a esse momento delicado buscou ser rigorosamente preservado.

Durante o período da pesquisadora em campo foi possível realizar, devido à disponibilidade das mães e ao momento propício, uma entrevista coletiva e não diretiva, com quatro mães que se encontravam no “Espaço Mãe”, sem a preocupação da utilização de roteiro. A pesquisadora não conduziu a abordagem com o grupo de mães, apenas foi proposto um tema e essas mães se sentiram encorajadas a falar. *“Como vocês se sentem frequentando a UTI Neonatal e o Espaço Mãe”? Acredito que para maioria de vocês é tudo muito novo. Vocês gostariam de falar um pouco sobre a experiência de vocês aqui? Ou até mesmo gostariam de dar alguma sugestão?*

Quadro 2 – Distribuição da amostra, referente à idade da genitora, número de gestações, idade gestacional do bebê, peso do RNPT e realização do pré-natal (Salvador, 2015/2016)

Mães do RNPT	Idade da Genitora	Nível de Escolaridade	Números de	Idade Gestacion	Peso do RNPT	Pré-Natal
Gardênia	23 anos	Ensino médio	5 ^a gestação	33 semanas	1.250 Kg	A partir do 1 ^o trimestre
Hortênsia	25 anos	Ensino médio	3 ^a gestação	28 semanas	1.065 Kg	A partir do 2 ^o trimestre
Margarida	27 anos	Ensino médio	2 ^a gestação	30 semanas	1.120 Kg	A partir do 1 ^o trimestre
Dália	33 anos	Superior completo	2 ^a gestação	32 semanas	1.205 Kg	A partir do 1 ^o trimestre
Íris	34 anos	Ensino fundamental	2 ^a gestação	29 semanas	1.155 Kg G1 979 g G2	No final do 2 ^o trimestre
Acácia	35 anos	Superior completo	1 ^a gestação	28 semanas	900 g	A partir do 1 ^o trimestre
Camélia	41 anos	Superior completo	2 ^a gestação	32 semanas	885 g	A partir do 2 ^o trimestre

Fonte: elaboração da autora.

Quadro 3 – Distribuição da amostra, referente à idade do genitor, escolaridade, idade gestacional do bebê e peso do RNPT (Salvador, 2015/2016)

Pais do RNPT	Idade do Genitor	Escolaridade	Idade Gestacional	Peso do RNPT
Cravo	21 anos	Ensino médio	28 semanas	1.050 Kg
Amaranto	22 anos	Ensino fundamental	29 semanas	1.155 Kg G1 970 g G2
Jacinto	27 anos	Ensino médio	30 semanas	1.122 Kg
Lírio	28 anos	Superior completo	32 semanas	1.120 Kg
Saramago	35 anos	Superior incompleto	32 semanas	2.105 Kg
Antúrio	35 anos	Superior completo	27 semanas	815 g
Oleandro	41 anos	Ensino médio	28 semanas	1.240 Kg

Fonte: elaboração da autora.

A pesquisa também contempla entrevistas com sete profissionais de saúde que trabalham na UTIN. Esses são de diferentes especialidades: o coordenador(a) da UTIN (1); fisioterapeuta (2); técnico(a) de enfermagem (1); enfermeiro(a) (1); coordenador(a) do Método Canguru (1) e psicólogo(a) (1). Esses profissionais foram escolhidos no decorrer da pesquisa, respeitando os horários da instituição e ambientes que foram mais adequados para eles (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra, referente à idade do profissional e experiência na área de UTI Neonatal (Salvador, 2015/2016)

Profissionais de Saúde	Idade	Experiência na UTI Neonatal
Coordenador UTI Neonatal	36 anos	08 anos
Enfermeira	32 anos	10 anos
Fisioterapeuta (1)	37 anos	13 anos
Fisioterapeuta (2)	35 anos	10 anos
Técnica de enfermagem	34 anos	09 anos
Psicóloga	37 anos	10 anos
Coordenadora Método-Canguru	33 anos	12 anos

Fonte: elaboração da autora.

7.4 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

O interesse desta pesquisa se manter descritiva foi o de observar os fenômenos, descrever situações e experiências, conhecer a realidade e interpretá-la. Foi utilizada a observação no campo durante aproximadamente 60 dias – com registro em diário de campo –, enquanto os depoimentos de casos foram realizados no segundo momento, no próprio contexto hospitalar. Ocorreram algumas

interrupções durante a pesquisa de campo devido a demandas da pesquisadora, as quais foram gentilmente acolhidas pela instituição.

Os roteiros de entrevista semiestruturado com as mães e os pais que vivenciaram a experiência de ter seu bebê recém-nascido hospitalizado na UTI Neonatal e com os profissionais da equipe de atendimento ao neonato, encontram-se nos Apêndices C e D. Os roteiros apenas serviram como uma pergunta norteadora e disparadora no decorrer dos depoimentos.

O roteiro de entrevistas sofreu alterações de acordo com o seu andamento. As entrevistas foram gravadas com a devida autorização do entrevistado(a). Dos 21 participantes envolvidos, apenas uma mãe não consentiu a gravação e o seu não consentimento foi compreendido pela pesquisadora.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21-22).

As gravações das entrevistas somente foram realizadas com a autorização prévia dos participantes à qual tiveram previamente a explicação de que poderiam retirar ou acrescentar qualquer informação. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra para manter a fidedignidade do trabalho proposto. As anotações e complementações também fizeram parte da observação da pesquisadora, transcritas em seu diário de campo.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

Fez parte também dos critérios para a realização desta pesquisa que os entrevistados fossem maiores de 18 anos, bem como estarem em uso de suas faculdades mentais e ter aceitado participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndices A e B).

Não houve custos aos participantes da pesquisa, bem como para a instituição hospitalar ou qualquer compensação financeira, sem riscos de qualquer natureza. Poderia ter ocorrido o risco de o participante sentir-se constrangido(a) por serem abordados conteúdos íntimos da família. Como profissional da área de psicologia me

coloquei à disposição para fornecer apoio psicológico e emocional, bem como outros profissionais da área sem custo adicional aos participantes. Caso o participante sentisse dúvida, a qualquer momento da pesquisa poderia solicitar esclarecimentos ao pesquisador, pois ao pesquisador faz-se necessária a maturidade afetiva para perceber e acolher o outro em sua totalidade. Não cabe ao pesquisador ser omissos nos momentos que o depoente precisar de uma rede de sustentação e muito menos ser intrusivo, desrespeitando o silêncio, as pausas, bem como compreender as falas daquilo que não se pretendia transmitir, mas que foi dito.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (UCSal), aprovado com número CAAE 47543615.9.0000.5628, tendo data de início prevista para 02 de setembro de 2015. O projeto seguiu as determinações éticas que constam na Resolução n. 466/2012, que envolve pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

7.6 ELEMENTOS DE ANÁLISE

A segunda etapa constou da análise dos resultados e discussões do material coletado, bem como de cotejo com a literatura. A análise do material foi realizada por meio da análise de conteúdo ou temática. A princípio, a escuta das gravações e as leituras das transcrições aconteceram de forma rigorosa onde se buscou apreender as características comuns aos relatos dos depoentes, assim como as suas diferenciais, buscando um paralelo com os teóricos utilizados nesta pesquisa.

Para Bardin (1979 apud MINAYO, 2014), a técnica de análise de conteúdos se refere a uma análise temática, um conjunto de técnicas de análise que busca a compreensão das comunicações através dos significados da fala para uma interpretação mais profunda, que permita a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens.

De acordo com Goldenberg (2004), a pesquisa não deixa de ser uma arte, porque ela nos envolve de tal forma que apura a nossa visão científica, a nossa curiosidade, além de despertar a criatividade diante do conhecimento e a realidade possível.

O presente trabalho resultou da análise dos depoimentos das sete mães, sete pais e sete profissionais de saúde que acompanharam e vivenciaram a experiência da separação precoce com seu recém-nascido, bem como o processo de

humanização nesse contexto. É salutar que possamos acreditar que a constituição do bebê aconteça de forma precoce para que desde o início de sua vida seja dirigido a ele olhares, palavras e o tocar que são de extrema relevância para estruturação do seu aparato psíquico.

Conforme Eco (2014, p. 53), o questionamento a ser feito pelo pesquisador sobre a utilidade e aplicação da pesquisa é imprescindível no tocante ao estímulo durante sua construção, o que poderá direcioná-lo ou reconduzi-lo no seu caminhar “a pesquisa deve ser útil aos outros”.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão expostos e discutidos separadamente por grupo de entrevistados, qual seja, as mães, os pais e os profissionais. Os elementos derivados das entrevistas foram organizados por categorias temáticas para cada grupo de entrevistados e serão apresentados a seguir.

Após esta apresentação e discussão, proporemos uma síntese conclusiva, levando em conta os três grupos de entrevistados, apresentada a partir dos seguintes temas: desafios encontrados pela família no processo de vinculação com o bebê internado; sentimentos diante da separação precoce; as relações construídas entre os familiares no contexto hospitalar; a comunicação entre a equipe de saúde com as mães, pais e familiares; estratégias de enfrentamento utilizadas pelos genitores na aproximação com seu filho(a); vivência do acolhimento direcionado à família pela equipe de saúde; estratégias de atenção humanizada.

8.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM AS MÃES

A partir das entrevistas com as mães, emergiram como análise as seguintes categorias temáticas: ser mãe, ambivalência materna, contato precoce, construção do vínculo e “Espaço Mãe”, conforme pode ser visto no Quadro 5.

Os sentimentos das mães aparecem nas entrevistas como: “*não imaginava que meu filho precisaria de cuidados intensivos*”. O susto também é evidenciado nos depoimentos, assim como o sentimento de algo inesperado, só descoberto depois de parir, e de sentimentos de vulnerabilidade, de medo do devir, medo de perder, mas também aparece como sentimento único e maravilhoso.

É inexplicável! Uma mistura de tudo! (Acácia).

Uma sensação maravilhosa! Era o meu sonho ter uma menina. (Camélia).

Não tem como explicar. É um sentimento que a gente só sabe depois que a gente é mãe. (Margarida).

Quadro 5 – Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com as mães (Salvador, 2016)

MÃES do RNPT	Ser Mãe	Ambivalência Materna	Contato Precoce	Construção do vínculo	Espaço Mãe
Gardênia	Sonho realizado	Mistura de sentimentos. Medo.	Fundamental. Eu sempre conversei com ele.	Foi quando percebi o risco de perder novamente.	Agradeço muito por ter esse espaço. Uma dá força para outra quando acontece alguma coisa.
Hortênsia	Está sendo difícil e ao mesmo tempo um aprendizado.	Eu quero ir para minha casa, mas eu sei que ele precisa desse cuidado.	Eu tenho certeza da importância desse contato.	Desde o dia que eu desejava ser mãe.	É um espaço importante. Ajuda o emocional da mãe.
Margarida	Sentimento que a gente só sabe depois que a gente é mãe. Sentimento único.	É tudo muito novo. Interrupção/ Preocupação/ ansiedade/ alegria/medo.	Só em tocar nele diminui a minha angústia.	Durante a gravidez ficava imaginando o rostinho dele.	Seria ótimo se também tivesse esse espaço para os pais.
Dália	Não esperava um bebê prematuro.	Susto e surpresa. Uma dor muito grande por ter que deixar a minha filha aqui, mas agora preciso confiar em pessoas que eu não conheço.	Através dos sentidos, do toque, do carinho e da emoção. O leite materno é outra estratégia.	Durante a descoberta da gravidez.	Percebo que elas são muito próximas.
Íris	Algo inesperado.	É um pouco confuso. O início foi difícil.	O bebê pode sentir que os pais estão presentes.	Quando desejo e não consigo segurá-las no colo.	A importância da convivência. Compartilhar experiência. Colocar o que sente.
Acácia	É inexplicável!	Medo e segurança. Uma mistura de tudo.	É fundamental. Aumenta o vínculo. Uma importância mútua.	Toco com as mãos. Faço minhas orações. Faço canguru. É muito gostoso.	Espaço de compartilhar experiências. Convivência.
Camélia	Era o meu sonho ter uma menina.	Uma sensação maravilhosa! Mas também uma sensação de perda, angústia e dor.	Medo de tocar. Estar perto nos conforta.	Visitas constantes e orações.	Espaço de fortalecimento.

Fonte: elaboração da autora.

Das sete mães entrevistadas, todas relataram que realizaram o acompanhamento pré-natal, sendo que algumas delas tiveram dificuldades de locomoção até o posto de saúde da cidade, por residirem no interior do Estado, e uma das mães relatou adiar o acompanhamento pré-natal devido a sua resistência de aceitação. Apenas duas haviam tido bebês prematuros anteriormente. Uma delas, devido a uma sequência de abortos espontâneos, somente na quarta gestação devido ao acompanhamento correto do pré-natal soube da possibilidade da prematuridade, pois até então, não tinha conhecimento do motivo de não conseguir levar as gestações adiante, foi confirmado o diagnóstico de insuficiência de intestino cervical. Essa mãe precisou ficar na maternidade desde a 22ª semana de gestação em repouso absoluto para segurar o bebê o maior tempo possível em seu útero para reduzir ao máximo o impacto da possível prematuridade do seu bebê.

Para algumas mães de bebês prematuros, a maternidade pode se tornar limitante. Isso pode fazer com que elas fiquem retraídas por não se sentirem reconhecidas como mães de seus bebês, ou até mesmo de se sentirem desautorizadas da capacidade de ser mãe.

Não nasci para ser mãe. (Gardênia).

Não vou mentir. Demorei pra fazer o pré-natal, no início eu não aceitava a gestação, achava que não tava preparada pra ser mãe e que não era a hora. Quando descobri que eram duas meninas também fiquei sabendo do risco de nascerem prematuras, porque eram gemelares, me explicaram isso. O que me assustou, porque apesar de não ter planejado, aos poucos eu me percebi amando. Louco isso! Será que pode isso? (Íris).

Para Almeida (2004), devido ao parto inesperado, a sensação de descontinuidade traz um período que pode gerar conflitos no imaginário da mãe acerca do bebê que ainda se desenvolve no seu útero produzindo ou não embaraço no desenrolar do processo de vínculo mãe/bebê, assim como na construção da preocupação materna primária. Essa construção materna mãe/bebê pode ficar inacabada pela urgência do nascimento, como o que aconteceu com essas mães:

Está sendo difícil e ao mesmo tempo um aprendizado. Penso nas coisinhas que tão em casa esperando por ele. (Hortênsia).

Você acredita que eu sinto inveja das outras mães na rua, quando vejo elas carregando o bebê delas? (Íris).

Um bebê planejado que nasce antes do tempo. (Acácia).

Para Maldonado (2000), apesar da neonatologia ser uma ciência recente, no que se refere à prematuridade, podem existir causas indefinidas, uma associação de múltiplos fatores, seja de ordem biológica, seja de ordem emocional. Por este motivo, Winnicott (1956) foi cauteloso ao falar de prematuridade sem atentarmos para as condições de tratamento, haja vista que o bebê faz parte do ambiente.

A relação do binômio mãe-bebê no ambiente hospitalar permeia transformações e conflitos, pois quebra o laço de afetividade intensa. Contudo, a mãe deve ser orientada a viver essa experiência de forma tal que ela se permita ser acolhida por uma rede de apoio e suporte que funcione como regulador que possa mobilizar recursos de enfrentamento diante da tamanha fragilidade em que se encontram para que estes meios possam ressignificar a sua dor de forma que não desista de investir no seu bebê, desde quando ela pariu e não é possível “atingir a completude da função materna”. (BRITO; PESSOA, 2006).

Parece uma sensação de perda, angústia, dor, foi muito difícil (choro). A gente esperava que ela nascesse com saúde, no tempo certo. O meu desejo era que minha filha nascesse de parto normal. Nascer prematura pra mim foi um susto, sofredor, inaceitável. (Camélia).

Nossa! As primeiras semanas foram horríveis. Uma dor muito grande por ter de deixar ela aqui. Por ser uma situação muito nova e percebemos a nossa e a fragilidade dela. (Dália).

Segundo Guedeney e Lebovici (1999), quando o bebê encontra-se hospitalizado, ocorre uma ruptura na relação afetiva dele com o outro e nessa relação que tende a ser recíproca e mútua entre a díade mãe-bebê. Com o bebê, idealizado ainda no ventre da mãe, após o nascimento prematuro, pode ocorrer uma cisão das relações reconstruindo outra realidade em que o bebê real contrasta e causa reações marcantes de ambivalência. O bebê tem peculiaridades e características próprias, ainda que com fragilidade e condição vulnerável e este novo sujeito pode encantar, assim como assustar. Neste caso, é indispensável aproximar-se do bebê e permitir conhecê-lo e paulatinamente desfazer o vínculo preestabelecido com o bebê idealizado através da elaboração do luto pelo bebê ideal. (CAMAROTTI, 2000).

Vale salientar que as mães se preparam durante a vida gestacional para gerar um(a) filho(a) saudável, perfeito, e quando algo sai do percurso que fora traçado, a mãe é invadida por preocupações como a de não ser capaz de gerar um filho “perfeito”, ela se culpabiliza e se sente impotente diante da situação que não inspira saúde, mas risco.

Me sentia culpada por ter tido algumas complicações na gestação e ter ocasionado esse nascimento prematuro da minha filha. Eu me culpava porque não aceitei a gestação logo no início. (Dália).

A ambivalência materna caminha lado a lado aos sentimentos já mencionados, principalmente se tratando de ansiedade, medo de tocar, alegria, interrupção, surpresa, dentre outros.

É preocupante, a gente tem medo, fica ansiosa para levar para casa. É tudo muito novo. Uma sensação de inexperiência, por ser o primeiro. Muita coisa que estou aprendendo, muita coisa que ficou por fazer, por ele ter nascido antes da hora. (Margarida).

O mais importante era que ele viesse com saúde. Por mais que ele seja um bebê prematuro, eu já estava me preparando. Eu sabia que ele iria passar um tempinho na UTIN. Eu sempre sonhei em ser mãe, sou persistente. É maravilhoso! É confuso! Acho que só vou ser mãe mesmo quando puder levar ele pra casa. (Gardênia).

Winnicott (1963), ao mencionar a ambivalência materna, afirma que toda mãe odeia o seu bebê. Este ódio pode ser normal e necessário, principalmente no que diz respeito à adaptação da mãe com o bebê e deve ser tolerado pela mãe sem que ela atue ou sem que o ódio vire violência. A ambivalência não é um problema. O problema está na forma como a mãe vai administrar e lidar com a culpa, as angústias dela e as angústias do bebê, que a ambivalência provoca. Porém, é preciso estar atento, pois de tanto suportar e aguentar a agressividade pode virar violência.

A aceitação só começou com cinco meses em diante, com a barriga crescendo, vamos acostumando com a ideia, porque as crianças não têm culpa. Eu olhava e me criava uma revolta, parava e me olhava e passava a

mão na barriga, para eu me aceitar, eu tinha que me aceitar daquele jeito, para depois aceitar as crianças. (Íris).

O afastamento do recém-nascido de sua mãe, devido à sua prematuridade ou patologia, pode causar as mais diversas reações estressoras, provocando mudanças no cotidiano de toda a família e surgindo sentimentos de medo, angústia, desordem emocional, dúvidas acerca do prognóstico.

Ah! É muito triste, apesar de que, eu já vinha preparando o meu psicológico. Eu sabia que ele iria precisar, e que lá é o melhor lugar pra ele. Tenho que agradecer a Deus por ele estar reagindo e pela boa equipe da UTIN. Não sei ainda como vai ser quando a gente sair daqui, isso também me preocupa. Acho que pode precisar de acompanhamento, né? (Gardênia).

No que diz respeito ao contato precoce, foi unânime entre as mães entrevistadas a importância dessa aproximação, os depoimentos são de carinho, afeto, sentir a presença dos pais, troca de calor, esperança, dentre outros.

Segundo Winnicott (1994, p. 76), para que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos:

Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no outro meio ambiente.

Carrego, converso, coloco pra dormir. Falo pra ele o quanto eu o amo, o quanto o pai o ama, os tios, os avôs, as avós. Pra ele continuar assim guerreirinho. Falo que o papai do céu tá com ele o tempo todo e que colocou um monte de anjinho pra cuidar dele, que é a equipe de saúde. (Margarida).

Eu não acho não que seja importante, eu tenho certeza! Vou lhe dar um exemplo: Meu filho nasceu pequeno e foi entubado e cada dia que eu chegava na beira da incubadora dele, tendo contato com ele, ele foi melhorando. Eu comecei a cantar as mesmas músicas que cantava lá em casa, quando ainda tava grávida. Chamo ele de meu pinguinho de gente. A bênção do meu filho é muito importante, eu crio o mais velho dessa forma. Ele sente e sabe que a mãe dele tá aqui. (Hortênsia).

A maioria das mães relata que são estimuladas constantemente pela equipe a se aproximarem dos seus bebês. Por outro lado, percebe-se a preocupação de algumas mães ao tocarem o seu bebê, o que é permitido e o que não é permitido, talvez, devido algum ruído na comunicação ou até mesmo o excesso de orientação da equipe de saúde referente ao manuseio inadequado diante de um ambiente que

se encontram bebês de alto risco. Duas delas demonstraram dificuldade devido à fragilidade do bebê.

Eu prefiro pegar ele pouquinho no colo. Eu toco nele, converso. Mas evito ficar pegando toda hora, porque tenho muito medo de acontecer alguma coisa. (Gardênia).

Eu só vou mesmo pra estar vendo como ela se sente. Tocar, eu ainda mesmo, não consigo. Eu tenho medo de uma infecção hospitalar. Então, estar vendo ali toda hora pra mim, me conforta. (Camélia).

No que tange à construção do vínculo, três mães disseram que este se iniciou no momento da descoberta da gravidez, uma delas quando percebeu o risco de perder o seu filho e então, buscou de todas as formas se aproximar dele; uma delas relata que a construção foi quando desejou ser mãe; e duas precisaram de uma fase de adaptação para construir o vínculo.

Além da transmissão pelos sentidos: toque, cheiro, carinho, emoção, estando ali presente e dando todo o suporte. O leite materno eu considero como outra estratégia que a UTI utiliza muito cedo. Porque eu pensei que só iria amamentá-la quando ela saísse da UTI. (Dália).

Acho que meu vínculo começou no dia que eu disse pra o pai dele: quero ser mãe! Olhe que eu nem estava grávida ainda. No momento que eu sonhava, que eu planejava, eu já estava desejando essa gravidez. (Hortênsia).

- Por que o bebê prematuro não pode mamar logo no peito da mãe?

O bebê prematuro não pode mamar no seio da mãe, pois ele não consegue sugar, engolir e respirar ao mesmo tempo e por isso precisa alimentar-se através da sonda. Além disso, seu corpo ainda não está preparado para tanto esforço, que pode levar, inicialmente, a um gasto excessivo de energia. (Fisioterapeuta UTIN) (sic).

Winnicott (2006) afirma que existem outras possibilidades do bebê experimentar aproximação física com a mãe. A amamentação é uma maneira de se comunicar. Porém, o bebê da UTIN e a sua dificuldade de manipulação não viabiliza o contato mais íntimo no colo da mãe para a amamentação, devido ao seu quadro clínico. No entanto, a mãe relatou que, ao ver o seu bebê recebendo o leite que ela ordenhou através da sonda, foi uma forma de se sentir mais perto dele e este bebê

também próximo desta mãe “*eu não lhe deixei faltar o alimento necessário, pra mim não deixa de ser mágico ficar olhando aquela conta gota passando pela sonda*” (Dália).

As mães são orientadas pelas nutricionistas e fisioterapeutas a estimularem e massagearem sempre que possível às mamas para que elas não venham a secar e quando for permitido o bebê será amamentado diretamente no seio da mãe. O leite é colhido através de uma bomba na sala de ordenha, chamada lactário. O leite é mantido em condições necessárias para o uso. Além disso, os bebês das mães que, por algum motivo, não conseguem produzir leite, recebem o leite doado de outras mães. Esse procedimento é estimulado pela equipe, somente em caso especial o leite artificial é utilizado.

As meninas que cuidam dele na UTI me dizem que se ele sugar no meu peito agora ele pode provavelmente perder peso. Então, eu vou ordenhar. Elas dão o meu leite pra ele na sondinha e ele já está ganhando peso. (Gardênia).

Winnicott (1986) ratifica que o ser humano nasce com tendências inatas para maturação hereditária, porém, para que elas se desenvolvam é imprescindível que haja um meio facilitador que satisfaça as demandas desse outro. Essa adaptação geralmente é possibilitada pela mãe.

Eu sofro por ele. Acordo cedinho, fico com ele pela manhã, venho e volto. Sempre estou lá, não saio de perto. O pai sempre que pode também está ao nosso lado. (Gardênia).

Winnicott (2001) relata que o empreendimento em demonstrar habilidade para estar atenta aos cuidados com o seu bebê não exclui o fato, a necessidade da mãe se sentir amada na sua relação com o pai de seu filho(a) e com os demais familiares.

A presença do meu marido me faz bem, me faz sentir segura e acreditar que não estou só. Minha família é importante, mas ele como pai, me dá uma tranquilidade maior. (Hortênsia).

O “Espaço Mãe”, no momento da pesquisa estava sendo frequentado por cinco das entrevistadas. Essas mães relatam se sentirem apoiadas, um espaço de

ajuda emocional, compartilham vivências e três delas registram a necessidade de se criar um espaço também para o pai.

O bebê que está na UTI Neo não fica doente sozinho, a família também adocece. Quando acompanhamos a evolução do bebê e dessa família, a esperança nos invade. (Margarida).

É difícil estar em um lugar que não é seu, pessoas que você não conhece. Por outro lado, você termina fazendo aquele laço de amizade. Porque a gente chega nesse momento e acha que o nosso problema é maior do que o de todo mundo. E aí, a gente termina vendo outras pessoas que têm problemas maiores que os nossos. (Camélia)

É um espaço de compartilhar, trocar experiências e mais, este espaço possibilita a minha reorganização, enquanto mulher e mãe. (Acácia).

Segundo algumas informações solicitadas pela equipe de saúde, a situação da unidade era uma das coisas que incomodavam o serviço. Por exemplo, chegar pela manhã e ver as mães espalhadas nos corredores da unidade. De acordo com o depoimento do coordenador da UTIN:

Quando ela não conhece o serviço, ela se limita, ela sabe que ali naquele momento ela não tem condição nem estrutura de ficar. Então, o que é que ela faz? - Ela vai para fora, ou ela fica nos corredores. (Diário de Campo, dia 26 de maio de 2016).

Diante dessa situação, a equipe pensou em instituir o “Espaço Mãe”. A partir das boas práticas, criou-se, nesta instituição específica, outro setor onde foram disponibilizadas inicialmente 12 poltronas e as mães que não tinham condições de ir para as suas casas e retornar para fazer a visita ou que eram do interior, passavam por uma avaliação no serviço social.

E aí ela tinha direito a ficar nessa cadeira. Uma cadeira que vira cama, não é muito confortável, principalmente para parturientes que realizaram cesarianas, mas diante de ficar em uma cadeira plástica sentada e ter um maior canto para o seu bebê e onde esta mãe pudesse guardar suas coisas, tomar um banho e pudesse visitar a sua criança a hora que desejasse, em seguida, retornar para descansar um pouco e no mínimo descansar suas pernas, isso já dá certo conforto. Seria uma forma de colocar em prática ainda que de forma improvisada o Projeto Rede Cegonha. (Diário de campo, dia 02 de junho de 2016).

Essas são questões colocadas frequentemente em reuniões com os pais, onde se discute a importância de o espaço ser mantido juntamente com o apoio do serviço social e dando um suporte para as unidades Neonatais.

Agradeço muito por ter esse espaço. Todas nós somos muito unidas. Uma dá força pra outra quando acontece alguma coisa. Procuramos estar juntas pra visitar nossos bebês. (Acácia).

Durante a entrevista não diretiva no “Espaço Mãe”, foi relatado, como citado pelas outras mães no que tange aos sentimentos, a boa relação com a equipe de saúde e a convivência com outras mães. Mas também acrescentaram sugestões em relação a uma possível mudança na instituição, como a visita dos avós, pois como elas precisam retornar no mesmo dia para o interior, seu desejo seria que esta visita fosse mais cedo para que as avós e os avôs não saíssem tarde da noite para o interior.

Quando a minha mãe ou o meu pai vêm ver o netinho, eu sempre peço para assistente social para eles poderem ver antes das 16h, porque eu acho que fica tarde e meio perigoso pra eles voltarem pra o interior. (Flora).

Eu mudaria o horário de visita dos avós. Ela chega cedo e fica esperando até às 16h, que é o horário da visita para ver somente meia hora e voltar tarde, pegar estrada. (Jasmim).

Outra questão relevante citada pelas mães são que todas têm filhos no interior e gostariam que a instituição abrisse um precedente para que elas pudessem voltar para o interior e poder dar assistência aos outros filhos que muitas vezes se sentem desamparados e questionam:

– Mãe, você está demorando por quê? – Meu irmão vai morrer porque tá na UTI? – Eu preciso acalmar essa criança. Como nós não temos mais leite e eles tão sendo alimentados de outra forma, qual o problema da avó cuidar deles durante três ou quatro dias, enquanto vou ver o irmão e respirar um pouco? (Rosa)

Já que não tem o “espaço pai”, as avós podem ocupar esse lugar. Tenho um filho de cinco anos em casa. Que já está desenvolvendo problemas. (Angélica).

Então, a proposta dessas mães é que as avós possam ficar em seus lugares, momentaneamente, cuidando dos bebês que se encontram na UTIN, enquanto elas possam acolher os outros filhos, pois de acordo com as normas da instituição o bebê hospitalizado necessita de um acompanhante.

Outro fator relevante diz respeito à refeição. Somente as mães tem acesso à alimentação no refeitório.

Às vezes eu vejo um desperdício, tanto pedaço de carne, a gente até tirou foto essa semana, prato de comida indo pro lixo... enquanto eu posso comer, o meu marido que está desempregado fica na recepção me aguardando. (Angélica).

Pelo menos o pai do interior, ele tem que pagar passagem de vinda e ida, que não estão aqui todos os dias, deveriam também ter os mesmos direitos. (Jasmim).

Durante a conversa informal, as mães aproveitaram e falaram um pouco sobre a relação que elas construíram no “Espaço Mãe”, o suporte oferecido entre elas e a forma como se organizam:

Apesar de estar aqui agoniada, doida pra voltar pra casa, aqui é uma dando o ombro pra outra, eu nunca pensei em passar por isso. Eu só tenho a agradecer a cada uma delas. Eu digo pra (Rosa) – vá lá, passe o olho no meu, se ver ele chorando ou a pressão baixa, vem me chamar. (Jasmim)

Essa relação vai pra fora dessa maternidade, eu nunca imaginei ter zap, mas já providenciei um, pra gente ficar se comunicando depois que sair daqui. (Flora).

Em se tratando de hospital, em se tratando de mães, de seres humanos, todo cuidado é indispensável. Oferecer condições dignas para que estas mães sintam-se cada vez mais acolhidas – porque ela já foi retirada do seu habitat, da sua dinâmica, muitas vezes afastando-se de outros filhos, deixando-os sobre o cuidado de terceiros para garantir a sua permanência próxima do seu bebê hospitalizado, que tanto precisa da sua presença física e emocional. Como o que aconteceu com duas das entrevistadas que relataram que, devido ao nascimento inesperado, se encontravam no primeiro momento somente com a roupa do próprio corpo. Foram acolhidas pela equipe da instituição que providenciou os cuidados básicos referentes à alimentação, higiene pessoal e entraram em contato com os familiares

transmitindo notícias. Todavia, o cuidar vai muito mais além dos cuidados nas unidades neonatais. O cuidar permeia um universo muito mais amplo.

8.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PAIS

A partir das entrevistas com os pais, emergiram como análise as seguintes categorias temáticas: ser pai, contato precoce, construção do vínculo, relação com a equipe de saúde e vivência na UTI Neonatal, visto no Quadro 6.

Dos pais entrevistados, apenas três não tinham vivenciado a experiência paterna anteriormente. Apenas um deles teve o bebê hospitalizado na UTI Neonatal em outro momento. A hospitalização do bebê e o contato precoce na UTI Neonatal para a maioria foi impactante, assustador e causou temor. O pai que já havia vivenciado a experiência de um filho prematuro relatou conhecer as normas e procedimentos da UTI Neonatal, o que não o deixou mais tranquilo, pois a sensação de perda era iminente. Ter um bebê prematuro é um momento vivenciado por insegurança, medo e dúvidas.

Ora estamos mais despreocupados, ora chegamos aqui e encontramos uma bomba! Quando pensamos que vamos respirar, ficamos sabendo que entubou de novo, que a saturação caiu, que está com arritmia, que precisou de transfusão de sangue. Vivemos altos e baixos aqui dentro. (Saramago).

Dois pais relataram que sentiram dificuldades com a linguagem técnica utilizada pela equipe de saúde, pois as explicações não foram precisas e esclarecedoras acerca do quadro clínico dos bebês, como um todo. A forma como a notícia é transmitida influencia diretamente no seu emocional.

No primeiro momento tudo é muito novo. Não tem condições de você entender bem o que tá acontecendo. Se tivesse alguém justamente pra acalmar o pai ou a mãe... Porque percebo que o foco na UTI neonatal é o bebê. Nós ficamos adivinhando o que tá acontecendo. Então, você vai entendendo no decorrer do seu dia a dia, ali no ambiente. (Antúrio).

Na hora do boletim, às vezes eu não entendo o que eles dizem. Acho também que agora eles percebem isso, a minha cara que não entendeu. Hoje não tenho mais vergonha de perguntar. (Amaranto).

Quadro 6 – Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com os pais. Referente ao sentimento de ser pai, contato precoce, construção do vínculo, relação com a equipe de saúde e vivência na UTI Neonatal (Salvador 2015/2016)

Pais do RNPT	Ser pai	Contato precoce	Construção do vínculo	Relação com a equipe de saúde	Vivência na UTI Neonatal
Cravo	Inexplicável. Dedicção total.	O bebê sente os pais.	A gravidez não foi planejada, mas foi muito desejada. Continuo a cantar música pra ele.	Estão sempre atentos. São cuidadosos.	Felicidade e tristeza. Aproximação com outros pais.
Amaranto	O início foi um pouco assustador.	Importante	Eu alisava a barriga da mãe. Hoje elas aceitam e sentem a nossa presença. Ficam mais acostumadas.	Fui bem recebido. Criei muitas amizades com médicos, enfermeiros, pessoal da limpeza e pacientes.	Aproximação com outras famílias. Necessidade.
Jacinto	Expectativa constante	É uma necessidade. É uma parte minha que está aqui.	O nosso coração bate forte quando estamos próximos. Ela sente o calor dos pais.	Confiança	Experiência. Compartilhar
Lírio	Susto/medo de perder	O estímulo é importante. A presença do pai na UTI provoca um sentimento recíproco.	Converso. Uma linguagem nossa. Construída ainda na barriga.	Boa relação com a equipe	Fortalecimento . União. Falta de um espaço Pai.
Saramago	Viver dias de surpresas.	Quanto maior o contato. Acho ótimo.	Eu seguro no colo, faço canguru, canto.	A comunicação flui. Equipe transmite segurança	Sinto falta de um espaço para o Pai
Antúrio	Tudo muito novo.	Central.	É muito importante, não só para o meu filho. Mas para mim como adulto/pai e para ela como mulher/mãe.	A comunicação pode melhorar. Ruídos.	As normas daqui separam a família.
Oleandro	Preocupação , mas não perco a fé.	Situação difícil e complicada, porém, vital para nós dois.	Converso e brinco com ela.	Confiança	Troca de experiências com outras famílias.

Fonte: elaboração da autora.

Por outro lado, a maioria dos pais relatou informações esclarecedoras por parte da equipe, assim como a transmissão de informações, desmistificando medos que a grande parte dos cuidadores apresentam ao entrar na UTIN, além do incentivo à manutenção do vínculo como indispensável ao RN.

Logo quando a gente chegou aqui, eu vivia chorando pelos cantos. Mas, a equipe foi muito boa. Às vezes eu não entendia o que eles diziam, mas eles explicavam de novo, de novo... Às vezes eu não entendia porque achava que não queria entender mesmo. É engraçado, a gente acha que isso pode acontecer com o outro, não pensa nunca que vai acontecer com a gente. E aí! Meu irmão é um baque! (Cravo).

Tem uma técnica que briga comigo (risos), não é assim que toca nele! Não é para esfregar e apertar desse jeito. Se eu te esfregar e apertar assim, você vai gostar? – Daí ela faz em mim o que eu tava fazendo no meu filho. – Não! – Então, ele também não vai gostar. Eu sinto que era ruim, mas quando ela toca no meu braço de forma suave eu gosto. Então, percebi que é um tocar que ele sinte segurança e conforto. São muitos detalhes que fazem a diferença. (Jacinto).

Sentimentos dos pais ao deixarem seu filho na UTI neonatal e voltarem para a casa. Após transformações culturais e familiares ocorridas durante o século passado, a figura do pai passa por mudanças significativas e relevantes no desenvolvimento da criança e no contexto familiar. “[...] o luto depois de um nascimento prematuro é inevitável”. (BRAZELTON, 1988, p. 80).

Eu achava que iria ter meu filho depois de nove meses e ia levar ele pra casa depois de dois ou três dias. Mas, aí veio o choque! Ela precisou ser internada aqui na maternidade com cinco meses de gestação pra segurar o bebê ao máximo. Depois que ele nasceu, no primeiro dia, quase que eu não ia embora. Ia dormir aqui na frente. Um aperto de deixar ele pra trás. (Lírio).

Você deixa uma parte de você no hospital. Por enquanto, estou segurando a barra dessa distância porque estou de férias, mas quando as minhas férias terminarem, acabou a moleza. Não sei como vai ser. (Jacinto).

No que diz respeito à importância do contato precoce, a maioria dos pais afirmam que são correspondidos pelos bebês na UTI neonatal e isso faz com que eles continuem estimulando e investindo no bebê, assim como a mãe. É salutar dar voz a este pai que também a seu modo, de forma peculiar, levanta estratégias de aproximação que possibilitam o desenvolvimento da criança através da construção

de um meio ambiente saudável. Eles começam a perceber esses bebês como mais capazes, hábeis e que estão enfrentando todas essas adversidades bravamente, porque lutam para viver.

O bebê sente a nossa presença, o nosso contato, o toque. Quando a gente conversa com ele a gente sente que ele tá escutando, a reação dele vem nos batimentos cardíacos, nos movimentos dele, nos gestos, no dia a dia. A equipe estimula esse contato sempre que estamos na UTIN. (Cravo).

Elas aceitam e sentem a presença da gente. Ficam mais acostumadas com a nossa presença. Quando tavam na barriga à voz que elas mais ouviam era nossa. Eu alisava a barriga e conversava do que eu achava que elas iriam ser. (Amaranto).

Eu chego, converso e brinco. Sinto a agitação dela. Chamo ela pelo nome. Digo que é o pai dela que tá ali presente. Que os avós mandaram recado. Falo das tias e que o irmão pergunta por ela, que ele tá curioso pra conhecer ela. (Oleandro).

Apesar de Winnicott não explicitar de forma detalhada o papel do pai em sua obra, o pai está presente no ambiente e ligado à fase do amadurecimento como mãe substituta que depreende cuidados reais. Winnicott, ao afirmar a importância das primeiras relações para o bebê, não se restringe à teoria tradicional de como é visto o pai, ou seja, como um interditor e aquele que representa somente a lei. Para Winnicott (1998) esta díade mãe-bebê é uma relação possível por ser sustentada pelo pai como o bebê e a mãe experienciam uma relação de binômio que constitui-se uma unidade.

O pai também compartilha dessa relação exercendo papéis importantes como mãe substituta, em que deve internalizar o lado materno, participando dos cuidados. Isso se deve, segundo o autor, ao fato de o pai ter sido cuidado por uma mãe quando bebê, o que possibilita transmitir o elemento feminino. O contato precoce reconhece o vínculo e o reconhecimento do bebê como pessoa singular.

Toda vez que eu tenho oportunidade, eu seguro, converso pra ele sentir o meu aconchego. (Lírio).

Eu pego ela o máximo que puder. Converso muito com ela, brinco, canto, limpo a secreção, troco a fralda. Ontem à noite quando eu cheguei ela tava muito agoniada, fiquei esperando ela dormir. Como é de costume eu sempre

*canto pra ela e até àquela hora eu não tinha cantado. Eu fiquei esperando ela dormir e ela não dormiu. E ela me esperando cantar. – **você percebe que ela responde?** (risos) – Muito. Quando terminei de cantar ela foi dormir [...] Outro dia ela estava no CPAP, era só isso que faltava retirar pra ela ter alta pra subir pra enfermaria. Eu ficava reclamando com ela todos os dias: menina, pare de usar esse negócio pra gente poder subir. – você sabia que só tá esperando isso? – Pare com esse CO² no juízo! - Isso é droga, viu? – No outro dia eu cheguei, fui colocar ela no canguru e ela ficou olhando pra mim. Eu ainda não tinha percebido que o CPAP tinha sido retirado e que ela tava respirando sozinha. Quando eu perguntei: – Por que você tá me olhando? – Foi quando percebi que a mangueira tinha sido retirada. Aí falei: – Hummm! quer dizer você tá respirando sozinha? Parabéns!! – Foi aí que ela fechou os olhos e dormiu. Ela escutou o pai dela. (Saramago).*

Winnicott prioriza em seus estudos sobre a maternagem a importância do ambiente e as relações interpessoais na constituição do sujeito. Essas relações são estabelecidas pelo ser humano. O contato precoce dos bebês hospitalizados com mães, pais e cuidadores permite percorrer caminhos que oferecerão acolhimento vital a essas crianças com a finalidade de trazer este bebê a uma realidade completamente possível para ele por meio dos sentidos subjetivos. A troca de olhares, o toque, a voz da mãe e do pai são formas de interagir e de possibilitar que o bebê sinta-se pertencente ao ambiente e assim possa construir a sua identidade.

Desse modo, os pais relataram como se sentem ao frequentar a UTI Neonatal. As preocupações são as mais diversas: temem o pior, medo de rejeição que permeia seu imaginário, dúvidas, precisar compreender o desespero e sofrimento da mãe.

Winnicott (2006, p. 29), em um de seus artigos, “O recém-nascido e a sua mãe”, discute o ambiente indispensável e oportuno para o desenvolver da criança, de maneira a despertar a percepção do pai. Isso ilustra que, “se em algum momento eu me referir ‘à mãe’, muito mais vezes que ‘ao pai’, espero que os pais me compreendam”. Refere-se a essa relação dual mãe-bebê que surpreende a todos nós devido à capacidade que a mãe tem de decifrar as necessidades básicas do bebê.

Winnicott (1949) relata que durante a dependência absoluta, o pai é o principal cuidador da díade mãe-bebê, resguardando essa relação, seja de intervenções internas ou externas, para que a mãe possa estar inteira para esse momento. Assim, ele também faz parte do ambiente habitado pelo bebê, participa diretamente da construção de uma família.

pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule a vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter que se ocupar das coisas externas que aconteçam à sua volta, numa época em que ela tanto precisa concentrar-se, quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus braços e no centro do qual está o bebê. (WINNICOTT, 1949, p. 27).

Winnicott (1998) compreende que, no início da vida, o pai não desenvolve do mesmo modo a perspectiva enquanto pai de sua função com o bebê, visto que este vínculo só se estabelece se ele agir enquanto mãe substituta. O autor não busca desmerecer o pai e priorizar a mãe. O seu objetivo é evidenciar os primeiros cuidados com o bebê e com o ambiente que o receberá de modo favorável e sensível ao seu amadurecimento, que corresponde à natureza da mulher.

Eu soube da história de um pai que não suportou o tempo de internação e o estado crítico do filho e nunca mais voltou, perdeu a esperança. (Jacinto)

Eu queria ficar mais próximo do meu filho. Minha esposa fica no Espaço Mãe. Às vezes tenho a sensação de que estou abandonando meu filho. Eu queria um Espaço Pai também (risos). (Lírio).

Não é uma sensação muito boa. Mas, vejo que elas tão precisando e passo pra minha esposa que elas tão ali porque precisam. Que é o melhor lugar pra elas estarem. E o que ela pode fazer é dar o leite pra elas pegarem peso e logo elas vão sair dali. É o que podemos fazer. E os profissionais fazem a parte deles. (Amaranto).

Eu me sinto bem por ver meu filho reagindo, mas ao mesmo tempo uma tristeza por ver tantas crianças prematuras. E também por alguns acontecimentos como o que aconteceu a semana passada. Uma criança faleceu e a gente tinha contato com os pais. Porque a dor também aproxima a gente. Estamos todos numa mesma sintonia. (Cravo)

A forma como os pais percebem e estabelecem a relação com a equipe de saúde inclui suporte, apoio emocional, confiança e cuidados. Por se tratar de uma situação inesperada a relação de confiança estabelece um sentimento dos pais por se sentirem compreendidos em seus medos e anseios. À medida que o quadro clínico do bebê se estabiliza parece-me que essa relação se estreita cada vez mais, pois fortalece a esperança. Os pais entrevistados percebem o envolvimento da equipe com os cuidados aos neonatos. “eles estimulam o contato com o bebê, mesmo quando percebem que estamos tímidos e com medo” (Oleandro).

Assim, tem uma enfermeira na UTI que desde o primeiro dia eu gostei muito dela. Do jeito que ela trata as meninas, ela brinca. Quando eu chego, ela diz: olha! seu pai chegou! – Ela puxa a minha orelha. Eu sei que é pra o bem das minhas filhas. Porque quando eu toco em alguma coisa e esqueço de lavar as mãos, então, elas se preocupam com os nossos filhos. Acaba construindo uma relação boa, qualquer coisa chamo logo ela. (risos). (Amaranto).

Geralmente a equipe se apresenta, uma diz eu sou técnica, a gente faz os cuidados do bebê, eu vejo a temperatura, a pressão, damos a medicação, mas os exames são os médicos que acompanham. Explicam sobre os aparelhos. Porque na primeira visita a gente acaba se assustando mesmo. A outra vem e diz: aqui é pra ajudar a respirar; aqui são as medicações que ele está tomando; a incubadora ajuda a aquecer, se você botar a mão aqui vai estar quentinho, não vai prejudicar o bebê que está só de fraldinha. Coisas que podem até ser simples, mas tira um pouco daquele impacto: Como encontrei meu filho? (Lírio)

Quando eu pergunto alguma coisa e não sabem me responder dizem: um minutinho que vou chamar o plantonista responsável ou vou buscar a informação ou uma colega que possa te explicar melhor do que eu. (Jacinto).

Braga e Morsch (2003) apontam para a mesma direção no que tange à relevância de uma aproximação adequada, uma integração entre família e equipe, pois o conhecimento ofertado a família no momento da hospitalização do bebê será a base que proporcionará a continuidade dos cuidados com o bebê quando este for para casa.

Winnicott (1985) entende que não somente a mãe é necessária na fase inicial do bebê; para que a mãe possa se colocar na sua função, o pai e os demais cuidadores que fazem parte da família devem sustentar e apoiá-la para que se sinta acalentada e protegida e, desta forma, possa atender às exigências de um bebê recém-nascido que emerge.

Segue abaixo um recado deixado em forma de porta-retrato por um pai na entrada da UTI Neonatal. Foi à forma que ele encontrou para receber e acolher o seu bebê e os demais:

Meu filho, meu bebê, você é a minha maior realização, o meu tesouro, o sonho que se faz real e nele eu sou a mais feliz das pessoas. Meu filho, eu amo você e prometo amar, proteger, apoiar você até onde o meu alcance chegar, até que a vida se esvaia do meu corpo. Com carinho, seu pai!

Daremos continuidade apresentando os resultados e discussões com os profissionais de saúde. Suas entrevistas ocorreram de forma individual *in loco*, em salas reservadas, respeitando a disponibilidade e o tempo máximo acordado com a pesquisadora.

8.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde, emergiram como análise as seguintes categorias temáticas: política nacional de humanização, dinâmica no contexto hospitalar, o cuidar na prática do profissional e as relações com os principais cuidadores, como pode ser visto no Quadro 7.

É um ponto chave ressaltar que a educação em saúde neste lugar, como é conhecida a UTI Neonatal, que, para muitos, pode causar estranhamento para os cuidadores é um lugar onde podem construir uma visão diferenciada acerca desse ambiente que permeia o imaginário das mães, pais, avós e demais familiares. Logo, este universo desconhecido por eles pode se transformar também em um espaço de possibilidades, de recursos indispensáveis à vida dos seus bebês em um determinado momento.

Os profissionais entrevistados, sem exceção, relatam que a política nacional de humanização seria um conjunto de ações que busca acolher o paciente e os seus familiares. Na última década tem se discutido bastante sobre a Política Nacional de Humanização no que tange à assistência, à qualidade técnica, à estrutura física, às condições favoráveis de trabalho, dentre outras questões.

Ela permeia por várias esferas. Uma melhor estrutura para uma equipe multiprofissional trabalhar, melhores condições de trabalho e relacionamento interpessoal. E quando ela traz o atendimento em si, ela busca sim melhorar essa forma de acolher. É tentar desospitalizar o que a gente chama de hospital. (Coordenador UTI Neonatal).

É trazer um pouco mais do calor humano, da troca. Trazer mais a família para perto do paciente, não só equipe, mais profissionais juntos dos pacientes e de seus familiares, isso seria humanização. Todos envolvidos para que o paciente tenha uma boa melhora em tudo. (Fisioterapeuta 2).

É um conjunto de ações, de normas que busca a dignidade, o acolhimento. Tratar o indivíduo como singular. (Psicóloga).

Quadro 7 – Categorias temáticas derivadas da análise das entrevistas com os profissionais de saúde. Referente à política nacional de humanização, dinâmica no contexto hospitalar, o cuidar na prática do profissional as relações com os principais cuidadores (Salvador 2015/2016)

PROFISSIONAIS	Política nacional de humanização	Dinâmica no contexto hospitalar	O cuidar na sua prática	Relação com os principais cuidadores
Coordenador UTI	Conjunto de normas que busca acolher o outro.	Relevância da equipe multidisciplinar. Reestruturação do parto.	O cuidar permeia um universo mais amplo	É fundamental inserir a família no cuidado.
Fisioterapeuta (1)	Reduzir o sofrimento.	A importância da equipe multidisciplinar	Outro olhar após o nascimento prematuro da filha.	Orientar/Estimular
Fisioterapeuta (2)	Estar mais próximo do paciente e da sua família. Calor humano.	Estressante /Respeitoso.	Realização pessoal e profissional.	Relação de vínculo e empatia.
Enfermeira	Ações de acolhimento.	Construção de vínculo.	Diálogo constante.	Ainda percebemos resistência de profissionais.
Técnica de enfermagem	Uma forma de cuidar que contempla paciente e família.	Momentos bons e momentos ruins. O melhor de tudo: momentos de reencontros.	Modificou após a experiência materna.	Recompensador.
Psicóloga	Conjunto ações que busca o processo de acolhimento e dignidade.	Contemplar aspectos particulares de cada sujeito.	Aproximação sutil.	Relativo. Equipe compreensiva/Equipe reativa.
Coordenadora Método – Canguru	São políticas públicas que visam humanizar o atendimento de qualquer paciente. Adulto/Neonato.	Equipe coesa.	Realização pessoal e profissional.	Construção de vínculo. Empatia.

Fonte: elaborado pela autora.

Segundo o Ministério da Saúde, “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos

ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (BRASIL, 2004). Logo, este processo se aplica às UTIs ao neonato. Partindo desse pressuposto, além dos cuidados técnicos necessários à vida do bebê, é possível promover o vínculo mãe-bebê-equipe e, conseqüentemente, produzir um melhor desenvolvimento e recuperação do bebê reduzindo as conseqüências do internamento.

Eu procuro dar o máximo de atenção para os pais e para os bebês. À medida que o plantão também deixa. Porque muitas vezes você está com três pacientes graves. Então, acaba tumultuando. Ou você para pra dar atenção do seu nível técnico, ou você para pra conversar com eles na medida do possível. Procurando prestar os cuidados mesmo! Conversando, explicando, por exemplo: – Oh! Estou dando antibiótico, aqui a gente troca porque é rotina todo dia mesmo, não se assuste. Buscando fazer coisas simples que eu como mãe gostaria de ouvir. Então, sei que elas também vão gostar de ouvir... (Enfermeira).

Winnicott (1993) assegura que, quando o meio ambiente é afável, ele consegue atender às necessidades, às angústias e as satisfações que se apresentam durante o desenvolvimento do bebê. Esse ambiente abrange a preocupação materna primária na qual a mãe apresenta uma sensibilidade aumentada e faz um movimento de ir ao encontro do seu bebê de modo intenso. Para que esse encontro seja possível, ainda que se apresente nas intempéries de uma UTI Neonatal, os profissionais em seus depoimentos buscam contribuir de forma esclarecedora no que tange ao real quadro clínico dos bebês, para que estas mães possam se sentir confiantes e amparadas pela equipe enquanto frequentarem a unidade.

Hoje, quando percebo que uma mãe tá agressiva, ríspida, quando ela tá... não sei o que...algum motivo ela deve ter...o simples fato de estar frequentando a UTI já é mais que o suficiente. Eu sinceramente, eu tento entender, eu deixo ela falar, eu deixo ela desabafar, eu tento falar com ela, que ela assim, daquele jeito ela não vai conseguir e que pra o bebê dela é pior ela ficar assim, entendeu? É pior porque ela só vai deixar o bebê dela mais estressado, que ela só vai adiar a alta do bebê dela... (Fisioterapeuta 1).

Referente à dinâmica do contexto hospitalar é unânime, entre os profissionais, a importância do desenvolvimento do trabalho com uma equipe multidisciplinar,

assim como as relações interpessoais e um olhar mais amplo sobre o paciente como um todo. Dentre eles (3) profissionais relatam que sempre existe algo que pode ser ajustado, principalmente no que se refere à política nacional de humanização e à sua aplicabilidade. A psicóloga relata que se faz necessário um trabalho de conscientização e de internalização, pois ainda existe uma distância muito grande no que diz respeito ao profissional de saúde tomar para si a sua responsabilidade, *“então, é preciso trabalhar esses profissionais, enquanto pessoas, pessoas antes de profissionais, de saber o que eles precisam ser cuidados. Cuidar do cuidador para mim é mais importante”*.

Então, a dinâmica hospitalar mexe tanto com esse recém-nascido e vai mexer também com uma coisa chamada família. Não é fácil pra essa mãe, que se programou pra ter seu filho, ir pra casa, seguir um fluxo considerado normal e de repente, por algum motivo, alguma fatalidade, ela vai precisar se hospitalizar junto com a sua criança. Percebo enquanto profissional que precisamos ter um olhar singular pra cada paciente-família. Confesso que pra muitos ainda é difícil. (Enfermeira)

Hoje, nós temos a prematuridade imperando no contexto hospitalar. Em alguns momentos nossas ocupações atingem 75% de prematuridade. (Coordenador UTIN).

Têm sempre os dois lados. Sempre que possível eu gosto de observar a história de cada paciente... tem o lado que você cuidou daquele bebê, você deu carinho, deu atenção e ele volta. Os pais trazem as crianças aqui depois... Eles sempre passam aqui para ver a gente. É ótimo! É a melhor parte, é a recompensa. E a gente olha e diz: nosso trabalho valeu a pena. (Técnica de enfermagem).

Duas profissionais, durante a entrevista, em especial relataram que modificaram o seu olhar referente à sua prática do cuidar após vivenciarem a maternidade: uma delas pela filha também ter nascido prematura, de forma inesperada; a outra profissional relatou que algo mudou após a licença maternidade e o seu retorno para UTI Neonatal.

É... A gente tem outra visão. A gente acaba tendo a visão realmente dos pais de que tá fora daqui, a partir do momento que eu tive meu filho e que eu levei ele pra casa. Eu poderia ter deixado ele na UTI e tudo que preparei em casa estaria pronto esperando ele voltar da UTI e com certeza é o que esses pais

passam... quando a gente consegue conversar com eles a gente sente isso. (Técnica de enfermagem)

eu posso te falar o antes e o depois. Antes eu atuava de forma mais operante, quero dizer assim... eu sentia, eu estava ali com as mães né? Assim.. eu sentia com elas um pouco do que elas estavam passando e eu tentava promover um conforto melhor a elas, ver como eu podia ajudar, como podia transformar aquele momento que era de muita dor em algo mais suave de lhe dar. Que é tão complexo para elas, né? E hoje eu vivi o que elas vivem literalmente. Eu vejo mais ainda, eu acho que não é só isso. Eu tenho que passar pra elas uma segurança.... como posso dizer?... que elas possam se sentirem seguras de tá deixando seu filho aqui, porque eu quando passei por isso, eu acho que o mais importante de tudo é você sentir segurança na equipe. Voltei com outro olhar, é importante saber que a equipe gosta do seu bebê, pra priorizar o seu bem maior. (Fisioterapeuta 1).

Dos profissionais entrevistados, três relataram também experiências que mobilizaram seus sentimentos, tais como abandono e separação. Ainda que a maternidade seja um local de nascimento, a equipe também se depara com perdas e com a morte. Alguns profissionais acabam internalizando que pelo fato de estarem em uma unidade de urgência e emergência na área de saúde, eles precisam salvar vidas e nem sempre todos os esforços são possíveis para recuperação dessa vida. A morte também é um acontecimento inevitável. Um dos casos foi relatado na UTIN e na enfermaria do Canguru.

Hoje, logo cedo, a primeira vez que a mãe segurou o bebê no colo, foi quando ele já tinha morrido. Era o único filho que a mãe poderia ter, ela não poderia ter mais outro. Foi um desespero dessa mãe. Ela conversava com o bebê em prantos: que esperava tanto por ele, que estava tudo pronto, que não era pra ele ter morrido, por que ele a deixou? A equipe estava bem presente: enfermeira, psicóloga, técnica. Foi uma cena marcante. Não tem como não mudar o nosso olhar. (Técnica de enfermagem).

Uma situação que marcou muito no canguru, foi uma mãe que era usuária de drogas [...] Ela saiu, ela usou crack. E a gente falou que não era para ela amamentar. Explicamos a situação de risco. Essa mãe amamentou e esse bebê complicou o quadro e foi a óbito. Assim, era uma mãe que queria fazer o método, mas era uma mãe que não estava enquadrada no perfil de paciente canguru. Ela queria amamentar, era uma mãe que iria amamentar de qualquer maneira, moradora de rua, ela não tinha outro alimento para dar ao filho dela. A condição era ela amamentar. A condição da gente era tentar salvar esse bebê. E ela disse que não iria usar mais a droga. Daí, ela saiu

dizendo que iria comprar um negócio e usou droga. Acho que foi uma das condições que mais me marcou. (Coordenadora do Canguru).

Quando um bebê agrava, até para o profissional ele fica se perguntando, será que fiz alguma coisa de errado? (Enfermeira).

Para Kóvacs (2010), o que difere o indivíduo de forma geral dos profissionais de saúde é que, na sua jornada laboral, a morte pode fazer parte do seu dia a dia e caminhar lado a lado nas suas atividades, tendo em vista, que a falta de saúde ou a prematuridade de um bebê, como foi citado acima, transforma-se em uma ameaça à vida ou até mesmo a sensação de iminência de morte.

Diante da perda de um paciente, o profissional de saúde pode suscitar medos de perder pessoas queridas, sensação de abandono e dar-se conta da sua própria finitude.

Assim como a mãe cobra do filho que ele não deveria tê-la deixado, o profissional também pode desenvolver o sentimento de abandono, raiva ou separação – “eu investi, cuidei, será que eu poderia ter feito algo mais?” –, ferindo dessa forma seu narcisismo e onipotência, ou pelo simples fato de não conseguir tolerar a morte, a partida do outro.

No que diz respeito à relação com os principais cuidadores ainda percebemos resistências de alguns profissionais, mais precisamente os da UTI e UCI, talvez por ser difícil ter a presença de um outro que não seja da área dentro da unidade.

Os olhos vigilantes do pai, algumas vezes é uma ameaça. Então, não é todo mundo que tolera ser questionado ou ser observado, cobrado pela qualidade dos seus serviços, ainda que, de forma indireta. Então, ter os pais e as mães ali naquele ambiente “pressiona” a equipe a se ajustar àquela família. (Fisioterapeuta 2).

Não são todas as pessoas da equipe que aceitam a presença do familiar em tempo integral então, muitas vezes ouvimos comentários de que estamos concedendo alguns benefícios por permitir a presença dos pais nas 24 horas, na verdade não é benefício, é direito deles. Então, em relação a isso precisamos trabalhar. (Enfermeira).

É bem relativo. Uma parte da equipe é muito compreensiva, muito humanizada, que acolhe, que orienta, que entende o porquê do choro, que entende o porquê da agressividade, das reações às vezes mais alteradas. E tem outra parte da equipe que é muito reativa, que se fecha, que se isola, que

não dá espaço, que não suporta ver o sofrimento do outro, que está sempre recorrendo a psicologia ou as outras áreas de atuação, porque não consegue lidar com um simples acolhimento, com a escuta. Por um lado, uma equipe que é muito sensível e por outro uma equipe que não tolera questionamento, que não tolera uma expressão maior de sofrimento, e que é realmente mais reativa. (Psicóloga).

Em contraponto, Lamy Filho (2003) afirma que, devido à equipe de saúde conviver boa parte do tempo próxima aos bebês em função dos cuidados intensos da rotina que emerge em uma UTI Neonatal, ainda que em regime de escala ou plantão em sua grande maioria, quando os pais e as mães chegam para visitá-los a equipe já conhece as características de cada bebê, as necessidades, as preferências e as “manhas” que fazem quando os cuidadores estão presentes.

Durante a entrevista com a equipe da UTI Neonatal, alguns comentaram que os pais também demonstram preferência por alguns profissionais, talvez pela forma como eles se reportam aos neonatos internados, o cuidado, a atenção, cada um com a sua peculiaridade.

Acho que a cada dia a gente acaba vencendo barreiras. Cada dia a gente aprende algo novo, cada dia a gente tem uma forma diferente de se aproximar do bebê e da família. É claro que também encontramos empecilhos. Cada um tem seu jeito de trabalhar. Procuo absorver o melhor de cada um e fazer a minha rotina. Porque cada um tem uma forma diferente. Um corta a fraldinha de um jeito, a outra já corta de outro, já fica mais bonitinha e arrumadinha para o bebê, a família chega e percebe isso. (Técnica de enfermagem)

Alguns pais quando chegam vão direto procurar aquele que ele construiu uma afinidade maior, eu já observei isso... Tem umas mães que me perguntam – Você está folgando amanhã? – Não folgue não... (risos) – É porque é meu trabalho, eu preciso folgar... (risos) e com outras colegas também são assim... (Fisioterapeuta 2).

Souza (2010) compreende que a humanização não se resume a tecnologia de ponta e reestruturação na instalação física. É tudo isso e muito mais. Significa alteração, transformação nas ações e no comportamento diante do paciente e da família. É um processo contínuo de aconchego da ordem física, psíquica e espiritual que envolve paciente, família e a equipe.

Entendo que é trazer um pouco mais do calor humano, da troca. Trazer mais a família pra perto do paciente. Equipe junto do paciente e da família. Isso

seria humanização. Todos envolvidos pra que o paciente tenha uma boa melhora em tudo. (Fisioterapeuta 2).

Enquanto na enfermaria canguru os pais, as mães, as avós, os irmãos e demais familiares são convidados a participar ativamente da rotina do bebê. O próprio projeto canguru é uma política nacional de humanização que visa promover à assistência a neonatos de baixo peso que traz como condição imprescindível a vida, o processo de vinculação, de melhor qualidade de vida e também visa reduzir a taxa de reinternação.

Todo dia estou apreendendo, todo dia vejo coisa nova, e eu aprendo também não só com os pacientes, mais também com as mães. Uma mãe do interior, os cuidados com a sabedoria popular [...]. É claro que nem tudo é perfeito, existem ruídos na comunicação, mas nos reunimos e resolvemos entre nós as nossas diferenças. Cada um tem a sua particularidade, que é normal. Paciente não vai sofrer com isso. (Coordenadora Canguru).

De acordo com Kamada e Rocha (2006, p. 405), “[...] o desafio com que se defronta o profissional na UTIN não é somente assegurar a sobrevivência dos recém-nascidos, mas sustentar a progressão do desenvolvimento da criança.”.

Para que tudo aconteça preciso que a equipe tenha esse compromisso para com a vida do pequeno e com quem está ao redor dele. Isso inclui a família. Muitas vezes, eu me deparei com a situação de: Eu estou ali com a criança, eu só falei: “Oi mãe, tudo bem”? – E esse laço não se desenvolveu, porque ela espera um pouco mais. Muitas vezes, ela não vai esperar só do médico o boletim clínico, mas ela espera que eu desmitifique o que é aquele oxímetro,¹⁵ que eu consiga passar para eles porque aquele monitor está apitando ou não. – Se ele tolerou a dieta ou não tolerou? - Se ele está fazendo xixi ou fazendo coco? – Se ele dormiu bem? – Eu já tive algumas situações de pais super ansiosos e tivemos uma colaboração muito grande da psicologia. Não dormiam de noite, porque acreditavam que no final da noite as luzes se apagavam, todos iriam para suas casas e eles (os bebês) ficavam aqui. Então, essa comunicação, essa troca de informação, esse construir de elo acho que ajuda muito no processo de cuidado e ver como é que esta família está diante de toda essa situação. (Coordenador UTI Neonatal)

Humanizar a assistência aos recém-nascidos de alto risco demanda uma equipe de saúde habilitada em todos os sentidos para melhor atender às necessidades do bebê, seja do ponto de vista clínico e prognóstico em torno desse

¹⁵ *Oxímetro* - é um dispositivo que mede indiretamente a quantidade de oxigênio no sangue do paciente.

desenvolvimento do RN para que os pais sejam orientados acerca de possibilidades e caminhos que precisarão percorrer.

Segue um recado deixado na entrada da UTI Neonatal e da UCI criado pela equipe de saúde, foi a forma que eles encontraram para receber e acolher os bebês e seus familiares:

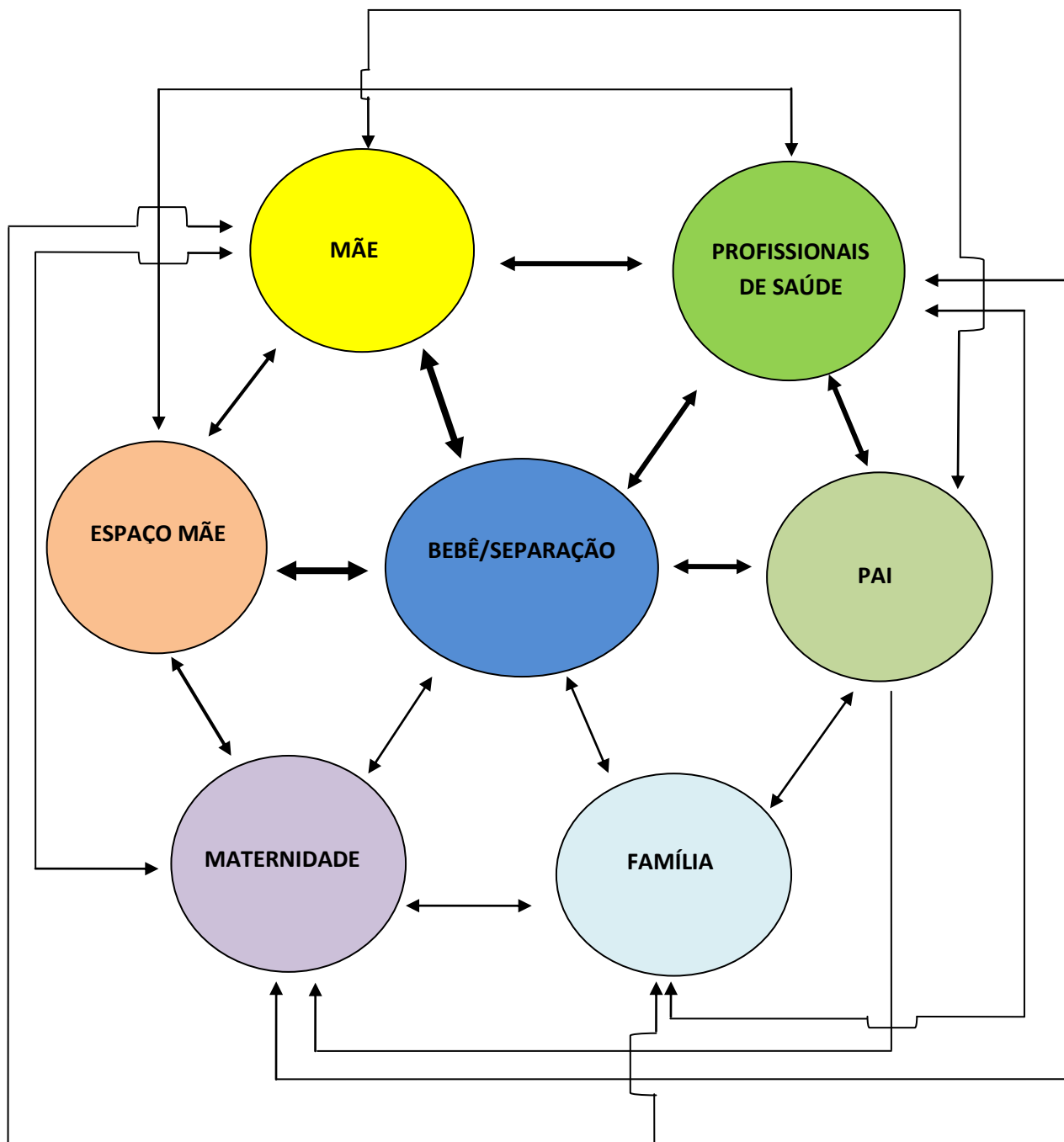
Bem-vindo bebê prematuro! Quanta felicidade! Que esse bebê seja muito bem-vindo! Esse recém-nascido andava ansioso por conhecer o mundo, por ver o rosto das pessoas! Por isso, não quis aguardar mais tempo, nascendo assim prematuro! Acreditamos que isso seja uma dádiva! Uma benção sabe? Em breve esperamos que seu bebê esteja correndo cheio de energia para mostrar a todo o mundo que não há hora certa para nascer. Parabéns! Muitas Felicidades!

8.4 PROPOSTA DE SÍNTESE

Este estudo se propõe a compreender a assistência a bebês prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva em uma instituição materno-infantil, e como ocorre o processo de humanização na relação mãe-pai-bebê, família e equipe de saúde, no momento de uma separação precoce.

Locais onde se encontram bebês internados geralmente desencadeiam fatores estressantes que envolvem a vida e a morte, uma luta diária de profissionais de saúde e familiares numa corrida desenfreada *versus* o tempo. Desse modo, o vínculo precisa ser restabelecido a partir do ideal de maternidade em que a prematuridade torna complicada a adaptação da mãe à nova existência que se apresenta. Porém, quando a mãe, o pai e demais familiares, através do auxílio do outro, conseguem desconstruir a imagem da UTI como ambiente aterrorizante e ameaçador, quando esta família é acolhida nesse espaço, isso faz com que o mesmo ambiente exerça forte influência na proteção frente às condições impostas pela realidade, fazendo com que esta mãe possa dedicar-se ao seu bebê.

Figura 1 – Representação gráfica das inter-relações entre os diversos atores em uma UTI Neonatal (Salvador, Bahia, 2016)



Fonte: elaboração da autora.

A Figura 1 representa as inúmeras relações possíveis entre os diversos atores presentes em uma UTIN. Nela, encontram-se: no centro, o bebê pré-termo e o fenômeno da separação precoce tanto da vida uterina quanto do contato com a

figura da mãe/cuidador. Em torno dele, ocorrem todas as demais ações com vistas a garantir sua sobrevivência da melhor maneira possível.

Essas ações têm como contexto mais amplo, representando o estatuto da saúde no país, a maternidade como instituição que alberga este tipo de neonato. Correlacionada a ela, embora em menor escala, o “Espaço Mãe”, um espaço organizado para melhor acolher a mãe. Os profissionais atuam em todos os níveis e momentos, desde a recepção até a saída do bebê e sua família da unidade.

Evidentemente, a mãe é o ator, após o bebê, a receber mais e maior atenção da equipe e do sistema, embora ao pai, atualmente, também seja outorgada essa atenção. A família – na pessoa de irmãos, avós, parentes –, por sua vez, ainda não é considerada como membro fundamental para a evolução do quadro de saúde do bebê, mas está também presente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estudo, foram apresentadas algumas formas de intervenção oportunas que são imprescindíveis no que tange à aproximação da mãe-pai-bebê como: mães e pais não são visitas, ambos possuem livre acesso à unidade durante 24 horas; implementação das redes de apoio como grupos/reuniões de mães e equipe de saúde semanal com temáticas voltadas aos cuidados do bebê, dentro da unidade, e como suporte após a sua alta hospitalar, no domicílio; a importância do aleitamento materno, a importância da comunicação clara entre família e equipe; a rede cegonha, que viabilizou o espaço para as mães; a influência do método canguru que estimula o vínculo, assim como a liberação de outros familiares como avós, avôs e irmãos; e o estímulo constante dos profissionais de saúde apoiando a participação dos cuidados das mães e dos pais para estreitar os laços com esta família recém-nascida.

Faz-se necessário continuar a promover ambientes, criar mecanismos que auxiliem as mães, os pais e demais familiares no enfrentamento do sofrimento provocado por circunstâncias das mais diversas, gerando estratégias com o intuito de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, visto que a separação e o afastamento podem motivar sentimentos de desamparo na díade mãe-bebê. Desse modo, o vínculo precisa ser fortalecido. A partir do ideal de maternidade, a prematuridade torna complicada a adaptação da mãe à nova existência que se apresenta. Podemos repensar alguns dos desafios encontrados pela família ao adentrar uma unidade complexa e o que permeia o imaginário de mães e pais, pois dentro de uma unidade como esta, propícia à vida, a esperança e a confiança, existe de forma velada o medo de perder, a morte, a vida com limitações, o fracasso enquanto mãe e pai desse bebê, o sentimento de impotência, de culpa, do vazio, além da desconstrução e reconstrução desse filho real. Enfim, um misto de sentimentos.

As mães, os pais, avós e avôs buscam, a seu modo, aproximar-se de seu filho, do seu neto, além de serem estimulados pela equipe de saúde, eles também constroem as suas próprias estratégias de enfrentamento na busca desse contato, ainda que, de forma tímida para alguns.

Deve-se considerar a realidade social das famílias, pois, em muitas situações, o contato não acontece como o necessário para o bebê, por questões econômicas

que não viabilizam as visitas constantes dos pais, avós e avôs que residem no interior e cuja locomoção se torna onerosa para esses familiares.

Diante do exposto, a internação do bebê e o aguardo da melhora do seu quadro clínico para obter alta hospitalar modificam a dinâmica da família. A mãe precisa ficar mais próxima do seu bebê. Como muitas dessas mães são oriundas do interior, acabam deixando suas casas, seus pertences, outros filhos sob o cuidado de terceiros. Além do mais, as acomodações do espaço não viabilizam a permanência contínua do pai e este também precisa, em algum momento, retornar ao trabalho, ocorrendo, dessa forma, uma mudança na rotina diária da família, bem como uma desorganização nos planos e projetos de vida frente a este acontecimento repentino que é a prematuridade.

Foi observado que o contato oportuno das mães e dos pais favorece o vínculo e reconhecimento do bebê como singular, desde que, este contato não seja realizado simultaneamente, em se tratando de bebês prematuros. Estudos mostram que há um conjunto de agentes responsáveis pelo progresso do comportamento da criança e que estes estão atrelados a fatores genéticos ou biológicos, à relação com o outro, a quem estamos chamando de “mãe”, das interações interpessoais, à influência do ambiente, as questões culturais e sociais que circundam este ser que será apresentado ao mundo. Todavia, tratando-se de bebês prematuros, faz-se necessário lembrar que estão incluídos os riscos adicionais que podem oferecer danos no ritmo do desenvolvimento comportamental da criança e de suas competências.

A equipe de saúde demonstrou como relevante disponibilizar estratégias, formas, assim como estimular a mãe para que ela busque sentido, de modo que uma melhoria no quadro clínico possa retroalimentar o vínculo entre a díade. A equipe demonstrou perceber que a relação profissional e família deve ser mais próxima e ajustada no que tange a um melhor acolhimento e escuta. É importante lembrar que este papel cabe a todos os profissionais, não apenas a uma especialidade, como a psicologia, algo que ainda está sendo desconstruído segundo relatos dos próprios profissionais. A equipe reconhece a sua responsabilidade nesse processo, pois ela também atua em muitos momentos como mediadores dessa relação e interventores nos cuidados com os neonatos. A promoção do contato dará um novo sentido e significado para essa mãe e esse pai, desse modo, o bebê

possivelmente responderá a essa família e, conseqüentemente, maiores investimentos serão realizados em prol do recém-nascido.

O que faz um atendimento humanizado não está estabelecido apenas pelas ações promovidas por outro ser humano: envolve dignidade, um caráter dual em saúde, em que a manifestação da subjetividade é única do ser humano. Logo, a humanização vem oferecer e rebuscar o seu conceito nesse contexto, assim como introduzir a qualidade humana a fim de uma ligação mais afetiva com o outro, tendo como principal mediador, a comunicação e a escuta ativa.

Apesar de geralmente os sinais emitidos por bebês prematuros serem diferentes, com limitações e de difícil entendimento comparados aos bebês a termo frente à aproximação com seus principais cuidadores, os depoentes acreditam e percebem as respostas aos estímulos transmitidos aos seus filhos, demonstrando a importância da valorização dos contatos iniciais.

O “Espaço Mãe” foi uma conquista dos profissionais da instituição que busca amenizar o distanciamento afetado pela separação precoce mãe-bebê, trocar experiências e aproximar famílias. Esse espaço favoreceu o contato de mães que adentraram recentemente na unidade devido à hospitalização do seu bebê, com outras mães que se encontram neste espaço há mais tempo. Elas compartilham a rotina pelo fato de também já terem vivenciado diversos momentos de elaboração de uma determinada situação. As trocas entre elas encorajam as recém-chegadas a enfrentarem suas dores. Elas também compartilham momentos de conquistas, buscam visitar juntas os bebês, uma das outras, seja na própria UTI, ou quando uma delas já teve alta para enfermaria, realizam também as refeições juntas. É lindo ver quando elas vibram com a recuperação do(a) filho(a) da outra, com uma cirurgia bem-sucedida, ainda que o seu bebê esteja em estado mais delicado. Elas acabam formando uma irmandade.

O desencontro nos horários em que a pesquisadora poderia estar disponível para realizar as entrevistas dificultou o encontro com os pais, visto que, muitos deles, se encontravam em suas atividades laborais. Nos finais de semana, a instituição não permitiu que o(a) pesquisador(a) fosse a campo, que seriam os dias que os pais estariam mais presentes na UTI Neonatal.

Contudo, vale ressaltar que durante a pesquisa, foi possível observar que o pai vem ocupando um lugar diferente e não mais aparece apenas como figura de fundo. A sua presença e participação nos cuidados com a mãe e com o(a) filho(a)

tem ganhado destaque nas UTIs Neonatais. Claro que os cuidados principais com o bebê continuam, nos primeiros momentos, envoltos na figura materna. Talvez, o papel do pai que, em algumas situações, pode aparecer como elemento secundário, deve-se também ao mesmo estar sobrecarregado pelas atribuições que muitas vezes lhe são impostas. Foi notório o envolvimento dos pais diante da hospitalização do bebê, de poder dar voz aos seus sentimentos que, na maioria das vezes, encontram-se velados ou até mesmo por acreditar que não se acham no direito de demonstrar a sua fragilidade e terminam por sufocar a sua dor, diante do desespero da mãe.

Outro desafio encontrado pela pesquisadora foi abordado pelos profissionais em relação à presença dos familiares na unidade. Enquanto pesquisadora, também observei o olhar de estranhamento, ainda que a equipe estivesse ciente através do núcleo de ensino e pesquisa da instituição quanto à minha presença, para alguns foi desconfortável. Compreendo que o simples fato da existência de outro na unidade já modifica a dinâmica do ambiente. Alguns profissionais foram solícitos, colocavam-se à disposição, alguns eram curiosos e outros mantinham distanciamento. Porém, com a minha frequência e as minhas tentativas de aproximação, esse estranhamento foi deixando de acontecer. Durante a minha permanência em campo percebi a importância de se construir um ambiente que transmitisse confiança e respeito pelo que estava sendo revelado.

A maioria da equipe de saúde em seus relatos, além de colocarem os cuidados aos neonatos em primeira instância, traz a importância do diálogo sem ruídos com mães e pais, assim como reconhecem que estes precisam encontrar um ambiente acolhedor que possa sustentar suas angústias e medos que permeiam o imaginário da família após o nascimento inesperado do bebê.

Logo, a propensão nessa UTI seria otimizar a participação dos familiares, assim como o contato oportuno com a mãe, pai e avós, objetivando a importância do vínculo. Ainda que este investimento seja observado de forma cuidadosa, muitas vezes temerosa, percebe-se que ainda há muito a se discutir e desmistificar sobre o ambiente da UTI Neonatal, pois são visíveis os benefícios para o bebê e a sua família, além de ser recompensador e gratificante para a equipe de saúde, que o bebê possa ter alta com grandes expectativas de vida.

Em duas entrevistas, as profissionais de saúde desconheciam os estudos que relatam como prejudicial para o bebê prematuro extremo, ou seja, bebês com menos

de 30 semanas estímulos em excesso. É salutar discutir, debater e elucidar entre os profissionais de saúde que cuidam dos bebês prematuros, os processos que envolvem o SNC de um bebê pré-termo com o objetivo de esclarecer e evitar processos adversos como: físicos, psicológicos e estressores que possam afetar o metabolismo e o sistema imunológico do bebê ou até mesmo prejudicar o vínculo com a mãe, como revelam estudos já citados.

Outra sugestão, durante a observação em campo e através da escuta de um pai, seria no sentido de fortalecer o vínculo mãe-bebê diante do cenário apresentado, onde os nomes dos bebês fossem acrescentados juntamente à sua ficha frente à incubadora. Dessa forma, o bebê não seria apenas “RN de Joana”, mas também, “Miguel”, para que ele possa adquirir a sua própria identidade, pois, afinal de contas, este recém-chegado já possui uma história e muitas dessas histórias se iniciam pelo nome.

Seria interessante estabelecer uma abordagem para discutir o tema “morte” e encontrar interlocutores para esse diálogo, que possa preencher a interrupção que o interdito da morte provoca na sociedade. Talvez criar uma rede de apoio, que possa sustentar as demandas da equipe de saúde multiprofissional referente aos aspectos emocionais, atitudes diante da morte, processos de morrer, tristeza, luto e perda ou até mesmo na elaboração da morte como algo ligado a vida; como bem foi explicitado pela psicóloga, “cuidar de quem cuida”.

Das entrevistas realizadas com as mães e os pais, a maioria dos entrevistados colocou o sentimento dos benefícios alcançados com o “Espaço Mãe”, mas também relata o sentimento de separação por existir somente o “Espaço Mãe”. Dessa forma, o objetivo que seria aproximar e unir neste momento delicado, afasta parte dessa família. A grande maioria dos depoentes fez questão de deixar registrada a reivindicação da possibilidade da existência de um “Espaço Pai”. A sugestão seria pensar em projetos ou programas de educação em saúde que possam proporcionar condições para acomodar os pais nas unidades, assim como a inclusão destes também no refeitório para que possam alimentar-se na companhia das mães e não separadamente, ou até mesmo, não se alimentar, pois alguns pais evitam se alimentar para sobrar dinheiro para condução ou qualquer outra necessidade que a mãe possa vir a ter.

Diante dos resultados evidenciados a respeito da relação mãe-pai-bebê, sugere-se a elaboração e a continuação de novos estudos e pesquisas mais

aprofundados e direcionados para essas famílias que adentram a UTIN, uma possibilidade, por exemplo, seria um estudo comparativo em outra instituição materno-infantil.

Este foi o caminho percorrido que culminou com esta dissertação, mas não é o único, certamente existem outros. Partindo do pressuposto de que o ser humano jamais estará pronto e acabado, este, poderá estar se reinventando, desconstruindo e reconstruindo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. B. Grupo criar-te: a criatividade em UTI Neonatal. In: ARAGÃO, R.O. (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar**: teoria, aplicações, e casos clínicos. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOSI, E. **Sugestões para um jovem pesquisador**: tempo vivo da memória. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. p. 59-68.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**: apego, a natureza do vínculo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v. 1. Original Publicado em 1969.
- BRAGA, N. A ; MORSCH, D. S. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23-27.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 13 out. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, v. 3)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe - canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. . 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização**. *Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B: Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materna – Infantil. **Manual de Assistência ao Recém-Nascido**. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Manual de humanização**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/> > Acesso em: 27 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma de Anexo, as Normas de Orientação para Implantação do Método Canguru. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRITO, M. H. A.; PESSOA, V. L. M. P. Um perfil da mãe prematura. In: MELGAÇO, R. G. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 115-123.

BUDIN, P. **Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber.** 1892. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4> > Acesso em: 10. out. 2011.

CAMAROTTI, M. do C. De braços vazios: uma separação precoce. In: ROHENKOHL, C. M. F. **A clínica com o bebê.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CARON, N. A. O ambiente intrauterino e a relação materno-fetal. In: CARON, N. A. **A relação pais-bebê: da observação à clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ECO, U. **Como se faz uma tese.** 25. ed. Trad. Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 2014.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade.** Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 101-102.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisas qualitativas em ciência sociais.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUEDENEY, A.; LEOVICI, S. **Intervenções psicoterápicas pais/bebê.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em Utin. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

KLAUS, M. H.; KENNEL P. H. **Seu surpreendente recém-nascido.** Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KLAUS, M. H.; KENNEL, P. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLAUS, M. H.; KENNEL P. H. **Pais/Bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

LAMY FILHO, F. A equipe da UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 107-166.

LESCOVAR, G. Z. **As consultas terapêuticas e a psicanálise de d. W. Winnicott**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001. p. 46. Disponível em < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v21n2/v21n2a04.pdf> > Acesso em: 12 set. 2011.

LOPARIC, Z. **Édipo pós-Freud**. Ribeirão Preto, 1996. Trabalho apresentado no I Encontro do Grupo de Estudos de Psicanálise de Ribeirão Preto.

MAHLER, M. S. **O nascimento psicológico da criança**: simbiose e individuação. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. p. 59-86.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEYERHOF, P. G. O neonato pré-termo no berçário de cuidados especiais: proposta de intervenção, respeitando sua individualidade suas fragilidades e suas forças. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 5, n. 1/2, p. 17-22, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C, de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORAIS, A. C. et al. O que pensam os pais sobre assistência de enfermagem aos prematuros em UTI Neonatal? **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n.1, p. 4609-4638, 2013. Disponível em: < <https://www.yumpu.com/pt/document/view/12903725/assistencia-de-enfermagem-a-recem-nascidos-rede-sindical> > Acesso em: 23 set. 2016.

MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Editora: Fiocruz, 2003.

MOREIRA, M. E. L.; BONFIM, O. L. Manuseio da dor no recém-nascido. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (Org.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. P. 489-508.

NOGUEIRA, R. P. Para uma análise existencial da saúde. **Interface Comun. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 20, July/Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 21 nov.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Brasília, 2000. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S59-S70, 2014.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2009.

RABINOVICH, E. P. O nascimento psicológico. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 54-63, 1991.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**. São Paulo: Áurea, 2009.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. **Mãe e criança: separação e reencontro: observação em situação de grupo**. São Paulo: Edicon, 1986.

SANCHEZ, M. M. Humanização com recém-nascidos: avaliação de estressores e intervenção com pais. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, 8., 2011. Curitiba. **Anais...** Curitiba: SBPH, 2011.

SCHUMACHER, B. UTI Neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. **Texto & Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 12, n. 3, p. 27-35, 2002.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, F. F.; SOUZA, D. M. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 420-430, 2011.

SILVA, L. J. da ; SILVA, L. R. da ; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: Reflexões no contexto do processo saúde doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 687, out. 2009.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D; Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 21 jul. 2016.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. Trad. por Erothildes Milan Barros da Rocha. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. Trad. Erothildes Millan Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STERN, D. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Original publicado em 1994.

VALANSI, L. ; MORSCH, D, S. O Psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos pré-natais. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 24, n. 2, jun. 2004.

WANDERLEY, D. de B. **Agora eu era o rei**: os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 2011.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Psicologia e Pedagogia).

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar-só. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 31-37. Originalmente publicado em 1958.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

WINNICOTT, D. W. A construção da confiança. In: WINNICOTT, D. W. **Conversando com os pais**. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999b. p. 139-152. Original publicado em 1969.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WINNICOTT, D. W. O mundo em pequenas doses. In: WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1949.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. A dependência nos cuidados infantis. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 73-78.

WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Trad. por Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b.

WINNICOTT, D. W. Dizer não. In: WINNICOTT, D. W. **Conversando com os pais**. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999a. p. 27-48. Original publicado em 1960.

WINNICOTT, D. W. **Holding e interpretação**. Trad. S. M. T. M. de Barros. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

WINNICOTT, D. W. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: WINNICOTT, D.W. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Trad. por Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000c. p. 254-276.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Trad. por Davy Bogomoletz.. Rio de Janeiro: Imago, 1990. Original publicado em 1988.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D.W. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Trad. por Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 399- 405.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D.-W. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise . Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 491-498.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Psicologia e pedagogia).

ZEN, E. T.; MOTTA, S. P. P. Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: WANDERLEY, D. B. (Org). **O cravo e a rosa. A psicanálise e a pediatria**: um diálogo possível? Salvador: Ed. Ágalma, 2008. p. 101-123

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1985.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Mães/Pais (Usuários)

Universidade Católica do Salvador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Mães/Pais (Usuários)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada **HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO FAMÍLIA/BEBÊ EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO PRECOCE**.

Esse estudo traz como objetivo compreender a tríade (mãe-pai-bebê) no processo de separação precoce na UTI Neonatal e como a equipe interdisciplinar intervém durante esta vivência juntamente com a família. Sua relevância se justifica por ampliar o conhecimento desta experiência e a relação de humanização mãe-pai-bebê na UTI Neonatal para que possam ser otimizadas e perceber quais os impactos nas famílias, podendo favorecer intervenções junto a elas. Sua participação consiste em ser entrevistado(a), por aproximadamente 40 minutos, com base em um roteiro que contém perguntas relacionadas ao tema estudado, como família, prematuridade e bebês.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador, pela mestrandia Márcia Cristina Sousa Fonseca, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Elaine Pedreira Rabinovich.

Esta atividade não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que haja qualquer penalização ou prejuízo para o(a) senhor(a) (Res. 466/12 CNS/MS).

Ao decidir participar desse estudo esclareço que:

- Caso não se sinta à vontade com alguma questão da entrevista, o(a) senhor(a) poderá deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo;
- As informações fornecidas poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e a sua identificação será mantida em sigilo, isto é, não haverá chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato;
- As informações obtidas serão utilizadas apenas para os objetivos de estudo. A entrevista poderá ser gravada com autorização prévia do entrevistado para posterior transcrição, arquivada durante cinco anos e incinerada após este período.
- Sua participação não implica em nenhum custo financeiro, mas caso tenha alguma despesa decorrente de tal participação, haverá ressarcimento por parte dos pesquisadores;
- O estudo apresenta como benefícios: o(a) senhor(a) poderá refletir sobre a sua realidade familiar. Além disso, com os dados obtidos poderão ser fornecidos subsídios para o trabalho educativo e/ou terapêutico com famílias do contexto de classe média/baixa de Salvador;

- Há o risco de o(a) senhor(a) sentir-se constrangido(a) pelo fato de serem abordados conteúdos íntimos da família. Caso isso ocorra, os psicólogos dos participantes entrevistadores lhe fornecerão apoio psicológico;
- Ao senhor(a) receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: **HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO FAMÍLIA/BEBÊ EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO PRECOCE**, desenvolvido pela pesquisadora Márcia Cristina Sousa Fonseca, aluna do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador (UCSal).

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre minha identidade, podendo usar com um nome suposto (pseudônimos).

Eu fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetido(a) e estou ciente de que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____
Colaborador(a)

Assinatura _____
(Pesquisadora)

Márcia Cristina Sousa Fonseca
Rua Eduardo Mosqueiro, nº 21, casa – Matatu – Salvador-BA.
Fone: (71) 99116-1507 / (71) 3382-1731
E-mail: marciacfsousa@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Profissionais de Saúde

Universidade Católica do Salvador- UCSAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - Profissionais de Saúde

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO FAMÍLIA/BEBÊ EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO PRECOCE.** Esse estudo traz o objetivo geral: compreender a tríade (mãe-bebê-pai) no processo de separação precoce na UTI Neonatal e como a equipe interdisciplinar intervém durante esta vivência juntamente com a família. São objetivos específicos: descrever as relações interpessoais entre o bebê, suas respectivas famílias e a equipe de saúde interdisciplinar; Investigar o sofrimento psíquico da mãe e do pai que volta para casa enquanto o seu bebê permanece hospitalizado; Relatar o universo simbólico das mães e dos pais frente ao acompanhamento de seus filhos na UTI Neonatal.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea na Universidade Católica do Salvador, pela mestrandia Márcia Cristina Sousa Fonseca, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Elaine Pedreira Rabinovich.

Os colaboradores voluntários desse estudo serão os profissionais de saúde – chefe da unidade de terapia neonatal; fisioterapeuta; técnico de enfermagem; psicólogo(a) –, que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sua relevância se justifica por ampliar o conhecimento desta vivência e a relação de humanização mãe-pai-bebê na UTI Neonatal para que possam ser otimizadas e quais os impactos nas famílias, podendo favorecer intervenções junto a elas.

A coleta de dados será realizada na Unidade hospitalar, através da entrevista semiestruturada, em dia e hora previamente agendados, durante os meses de novembro e dezembro de 2015, podendo se estender ao ano seguinte, 2016.

Ao concordar em participar do projeto seus depoimentos serão gravados por meio de um gravador digital. Você poderá ouvir a sua gravação e retirar ou acrescentar qualquer informação.

Se o(a) senhor(a) se sentir desconfortável ou constrangido(a) em responder a alguma pergunta, tem o direito de não responder à questão que lhe causou tal incômodo. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e utilizados em sigilo. As pesquisadoras assumem compromisso de não disponibilizar esses dados a outras pessoas. As informações obtidas serão utilizadas apenas para os objetivos de estudo e poderão ser utilizadas para trabalhos científicos. Não haverá chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados.

As gravações ficarão em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de, pelo menos, 5 anos o grupo decidirá entre continuar mantendo sua guarda ou incinerá-las. Você tem o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado

participar poderá desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a unidade e saúde, nem qualquer tipo de constrangimento ou represália.

Os resultados obtidos nesse estudo serão divulgados na dissertação e publicados em artigos e eventos científicos, porém sua identificação não será revelada.

A coleta e análise de dados serão feitas pela própria pesquisadora, que não está sendo remunerada para participação nesse estudo, bem como os colaboradores não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Este termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pelo(a) colaborador(a) e pela pesquisadora principal, sendo que cada um(a) ficará de posse de uma via. No termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: **HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO FAMÍLIA/BEBÊ EM UMA UTI NEONATAL: A SEPARAÇÃO PRECOCE**, desenvolvido pela pesquisadora Márcia Cristina Sousa Fonseca, aluna do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador (UCSal).

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre minha identidade, podendo usar com um nome suposto (pseudônimos).

Eu fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetido(a) e estou ciente de que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____
Colaborador(a)

Assinatura _____
(Pesquisadora)

Márcia Cristina Sousa Fonseca

Rua Eduardo Mosqueiro, nº 21, casa – Matatu – Salvador-BA.

Fone: (71) 99116-1507 / (71) 3382-1731

E-mail: marciacfsousa@yahoo.com.br

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturado – Mães e Pais**Sujeito** _____**Sexo** _____**Naturalidade** _____**Grau de instrução** _____**Data da entrevista** _____**Parentesco com o bebê** _____**Estado civil: casada(o) () solteira(o) () união estável () divorciada(o) ()
viúva(o)**

1. Como foi a sua gestação?
2. Como é ser mãe/pai deste bebê?
3. Para você há relevância do contato precoce para o desenvolvimento do bebê?
Por quê?
4. Como está sendo cuidar do seu bebê?
5. O que sentiu ao deixar o seu bebê na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e retornar para casa?
6. Existem modos/possibilidades que possam contribuir para um melhor desenvolvimento da relação mãe-pai-bebê quando este foi interrompido?
7. Durante essa separação está sendo utilizada alguma forma/estratégia de aproximação com o seu bebê?
8. De que forma você tem se sentido ao frequentar a UTI Neonatal?
9. De que forma se deu a comunicação entre você e seu recém-nascido na UTIN?
10. Você consegue compreender o que os profissionais de saúde explicam sobre a saúde do seu bebê? Por quê?
11. O que você acrescentaria ou modificaria para facilitar a sua aproximação com o seu bebê no ambiente hospitalar?

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Semiestruturado – Profissionais de Saúde

Sujeito _____

Idade _____

Sexo _____

Grau de instrução _____

Data da entrevista _____

Especialidade _____

Tempo de experiência profissional _____

1. O que você compreende pela Política Nacional de Humanização?
2. Como é para você atuar na UTI Neonatal?
3. Como se dá a relação com as mães/pais e principais cuidadores de bebês hospitalizados?
4. De que forma você desenvolve o cuidar em sua prática cotidiana?
5. Como é para você transmitir informações/notícias de um bebê hospitalizado para suas respectivas mães e pais?
6. Como você avalia a dinâmica desse contexto hospitalar?
7. Como lidar com os mais diversos comportamentos manifestos pela família ao visitar o bebê na UTI Neonatal?
8. Os familiares são estimulados pelos profissionais de saúde a se aproximarem do seu bebê? Por quê?
9. De que forma os profissionais de saúde facilitam esta aproximação mãe-pai-bebê?
10. A presença da família modifica a dinâmica da UTI Neonatal? Por quê?
11. Como se sente trabalhando em uma UTI Neonatal? Foi sua escolha?

ANEXO A – PORTARIA Nº 1.683

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

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.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, resolve:

Art 1º - Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Parágrafo único. A Norma de Orientação de que trata este artigo integra o ANEXO a esta Portaria.

Art 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Fica revogada a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 129-E, de 6 de julho de 2000, Seção 1, página 15.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento

adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método;
- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos;
- encorajar o aleitamento materno;

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;
- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar;
- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção;
- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens:

- aumenta o vínculo mãe-filho;
- reduz o tempo de separação mãe-filho;
- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso;
- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração;
- permite um controle térmico adequado;
- favorece a estimulação sensorial adequada do RN;
- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso;
- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar;
- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos;

População a ser atendida:

- Gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso;
- Recém-nascidos de baixo peso;
- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso;

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal;
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal;
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário;
- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê;
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais;
- Oferecer suporte para a amamentação;

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade;
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências;
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos;
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê;
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor;
- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento;
- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:
- 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.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica;
- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- peso mínimo de 1.250g;

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio;
- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde;
- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido;
- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru;

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contra-indicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê;
- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível;
- peso mínimo de 1.700g;
- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;
- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação
- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g;
- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana;
- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3. 3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento

São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte;
- Apoiar a manutenção de rede social de apoio;
- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias;
- orientar e acompanhar tratamentos especializados;
- orientar esquema adequado de imunizações.

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores;
- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar;
- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite;
- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade;
- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.

Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos;
- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas);
- obstetras (cobertura de 24 horas);
- oftalmologista;
- enfermeiros (cobertura de 24 horas);
- psicólogos;
- fisioterapeutas;
- terapeutas ocupacionais;
- assistentes sociais;
- fonoaudiólogos;
- nutricionistas;
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras – bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal;
- taxas de reinternação;
- crescimento e desenvolvimento;
- grau de satisfação e segurança materna e familiar;
- prevalência do aleitamento materno;
- desempenho e satisfação da equipe de saúde;
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança;
- tempo de permanência intra-hospitalar.

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

**ANEXO B – REDE CEGONHA
ADVERTÊNCIA**

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição.

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social;

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal;

II - Parto e Nascimento;

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

- I - Adesão e diagnóstico;
- II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção;
- IV - Qualificação dos componentes;
- V – Certificação.

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

- a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;
- b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;
- c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF;
- d) instituição de Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:
 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

- a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta

assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;

~~e) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;~~

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; (Retificado pelo DOU nº 125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada;

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

II - Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas

voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

~~§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de~~

~~Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.~~

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite - CIB e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

~~§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF. § 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.~~

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com envio, para conhecimento, do respectivo CGR, CIB e CGSES/DF." (NR)

(Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

~~§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo; (Retificado pelo DOU nº 125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61)~~

§ 10 Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no inciso IV do art. 8º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

§ 12. Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional

de Saúde, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e por órgãos de controle externo. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2351 de 05.10.2011)

§ 13. Caso a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de imóveis seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em 2 (duas) parcelas, sendo a primeira equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; e a segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante apresentação da respectiva ordem de início de serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), e posteriormente autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 14. Excepciona-se do disposto no parágrafo anterior a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto neonatal que seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), hipótese em que o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em parcela única após Portaria de habilitação editada pela SAS/MS. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 15. Nas hipóteses dos §§ 13 e 14, a Portaria de habilitação disporá sobre o prazo máximo de execução do recurso financeiro repassado. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 16. Caso verifique que não cumprirá o prazo de que trata o parágrafo anterior, o ente federativo beneficiário deverá encaminhar, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida);

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município;

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas);

- % de óbitos infantis-fetais investigados;
- % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados.
- 2º GRUPO: Indicadores de Atenção
 - Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal;
 - Cobertura de equipes de Saúde da Família;
 - Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara.
- Idade da mãe;
 - % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação;
 - % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses;
 - % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada;
 - % de gestantes com todos os exames preconizados.
- 3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada
 - Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde;
 - Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco;
 - Identificação dos leitos UTI neonatal existentes;
 - Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto.
- 4º GRUPO: Indicadores de Gestão
 - % de investimento estadual no setor saúde;
 - PDR atualizado;
 - PPI atualizada;
 - Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial;
 - Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.

ANEXO II

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

- (D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00
- (E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00
- (F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00
- (H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês
- (I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.000,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.
- (J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma
- (K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
- (L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N° de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): nº de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: nº de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: nº de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistema DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores.

Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(Alterado pela PRT nº 904/GM/MS de 29 de maio de 2013).

ANEXO III

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis;

Teste rápido de HIV;

Cultura de bactérias para identificação (urina);

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina;

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes;

Proteinúria (teste rápido);

Teste indireto de antglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo.

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas;

Dosagem de proteínas (urina 24 horas);

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico;

Eletrocardiograma;

Ultrassom obstétrico com Doppler;

Cardiotocografia ante-parto.

ANEXO IV

KIT PARA AS UBS

1 fita métrica
1 gestograma
1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal
Balança adulto

ANEXO V
KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha
Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalado em uma caixa de plástico)
Trocador de fralda

ANEXO VI
KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais;
Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto;
Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox;
Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha";
Lanterna média a dínamo;
Fraldas de algodão;
Guarda-chuva e capa de chuva;
Bacia de alumínio;
Toalha para enxugar as mãos;
Estetoscópio de Pinard de plástico;
Fita métrica;
Pacotes com gaze;
Escova de unha;
Sabão líquido;
Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical;
Luvas descartáveis;
Álcool a 70%;
Saco plástico transparente (polietileno);
Almofolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool;
Tesoura comum para uso pessoal;
Livro da Parteira;
Lápis/caneta e borracha;
Caderno pequeno para anotações;
Balão auto-inflável com válvula reguladora;
Máscaras para balão;
Bulbo ou pêra de borracha;
Estetoscópio adulto;
Gorro/toca capilar;
Coberta de flanela para o recém-nascido;
Avental plástico;
Forro protetor.

ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO MÉTODO - CANGURU



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Maternidade
Prof. José Maria de Magalhães Netto
Uma Referência para a vida

ACOMPANHAMENTO FAMÍLIA CANGURU 1ª ETAPA

NOME RN:

DATA NASCIMENTO:

IG:

HORA NASCIMENTO:

DATA ADMISSÃO:

IDENTIFICAÇÃO MATERNA

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

Nº FILHOS:

OCUPAÇÃO:

NOME PAI RN:

OCUPAÇÃO:

EXPERIÊNCIA MATERNA ANTERIOR FILHOS INTERNADOS EM UTI-NEO?

() SIM () NÃO

JÁ PARTICIPOU PROGRAMA CANGURU? () SIM () NÃO

JÁ PRATICOU ALEITAMENTO MATERNO? () SIM () NÃO

INFORMAÇÕES FORNECIDAS NA PRIMEIRA VISITA	SIM	NÃO
RECEPÇÃO PAIS NA ENTRADA UNIDADE		
CONDIÇÕES CLÍNICAS DO RN		
APARELHOS UTILIZADOS PELO RN		
LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS MANIPULAR O RN		
USO AVENTAL		
RETIRADA DE ADEREÇOS		
PRENDER CABELO COMPRIDO		

NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE	SIM	NÃO
ACOMPANHAMENTO PERMITIDO		
INTERRUPÇÃO DAS VISITAS PARA PROCEDIMENTOS E/OU SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA		
NÃO UTILIZAR FLASH AO FOTOGRAFAR O RN		
CONVERSAR DIARIAMENTE COM O MÉDICO PARA SABER COMO O RN ESTÁ EVOLUINDO		
PROCURAR SABER O NOME DO MÉDICO QUE ESTÁ CUIDANDO DO RN		

NORMAS E ROTINAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	SIM	NÃO
USO DE ROUPAS LIMPAS		
PRENDER CABELO COMPRIDO		
RETIRADA DE ADEREÇOS		
CORTAR UNHAS FREQUENTES		
LAVAR AS MÃOS ATÉ COTOVELO E VESTIR A CAPA AO ENTRAR NA UNIDADE		
SE ESTIVER GRIPADO COMUNICAR A EQUIPE ANTES DE ENTRAR NA UNIDADE		
NÃO TOCAR EM OUTROS BEBÊS		
NÃO CIRCULAR ENTRE OS DEMIAS LEITOS DA UNIDADE		
NÃO TOCAR NOS EQUIPAMENTOS		
SE ESTIVER DOENTE INFORMAR A EQUIPÉ MULTIDISCIPLINAR		

PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO LACTAÇÃO	SIM	NÃO
IMPORTANCIA DO AM		
CUIDADOS MAMAS E MAMILOS		
HORARIO DE ORDENHA E LOCAL DESTINADO		
ORIENTAÇÃO QUANTO ESTIMULO PARA MANTER LACTAÇÃO		
AUMENTO INJESTA LIQUIDA PARA MANTER LACTAÇÃO		
TÉCNICAS DE AMAMENTAR		
USAR SANITÁRIO ADEQUADO AOS ACOMPANHANTES		



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Maternidade
Prof. José Maria de Magalhães Netto
Uma Referência para a vida

FICHA DE AVALIAÇÃO DA MÃE PARA TRANSIÇÃO DA SEGUNDA ETAPA

NOME RN:

PESO:

DATA NASCIMENTO:

IG:

REGISTRO:

HORA NASCIMENTO:

DATA AVALIAÇÃO:

CONHECENDO O CANGURU : ORIENTAÇÕES FORNECIDAS	1ª ETAPA	2ª ETAPA
COMO É MÉTODO		
PORQUE CONTRATO PELE A PELE		
ORIENTAÇÃO QUE AUMENTA CARINHO ENTRE O BEBÊ E A FAMÍLIA		
ORIENTAÇÃO QUE DIMUNUI O TEMPO INTERNAÇÃO		
ORIENTAÇÃO QUE VOCÊ PODE AMAMENTAR COM FACILIDADE		
ORIENTAÇÃO QUE O CALOR DO CORPO AQUECE O BEBÊ		
ORIENTAÇÃO QUE O BEBÊ PREMATURO ÀS VEZES ESQUECE DE RESPIRAR, O BARULHO DA SUA RESPIRAÇÃO FAZ ELE LEMBRAR		
ORIENTAÇÃO QUE SE SENTIRÁ MAIS SEGURA PARA CUIDAR DO SEU BEBÊ EM CASA		
ORIENTAÇÃO PISICIONAMENTO CANGURU		
EM CASO DE GRIPE OU RESFRIADO UTILIZAR MÁSCARA		

O QUE NÃO É PERMITIDO	SIM	NÃO
FUMAR E FAZER USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS E OUTRAS DROGAS		
PEGAR OUTRO BEBÊ QUE NÃO SEJA O SEU		
DAR O PEITO A OUTRO BEBÊ QUE NÃO SEJA O SEU		

	APTO
--	------

	NÃO APTO
--	----------

ASSINATURA E CARIMBO:

ASSINATURA

MÃE: _____



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Maternidade
Prof. José Maria de Magalhães Netto
Uma Referência para a vida

CHECK-LIST RN COM 1,600 G PREPARO PARA ALTA CANGURU/ 3º ETAPA

RN: _____

PESO ATUAL: _____ IGC: _____

INFORMAÇÕES FORNECIDAS AOS GENITORES	SIM	NÃO
ORIENTAÇÃO AO BANHO		
REALIZAÇÃO DA POSIÇÃO CANGURU EM CASA		
POSICIONAMENTO DO RN		
ORIENTAÇÃO PARA MANTER LACTAÇÃO		
ORIENTAÇÃO SOBRE LEITE MATERNO EXCLUSIVO ATÉ 6º MÊS E ALEITAMENTO COM COMPLEMENTAÇÃO ATÉ 2 ANOS OU MAIS		
RETORNO A UNIDADE PARA ACOMPANHAMENTO DA TERCEIRA ETAPA		
ENCAMINHAMENTO PARA ESTIMULO COM FISIOTERAPIA NA ALTA		
EM CASO DE RISCO RETORNO ASSEGURADO A MATERNIDADE		
ORIENTAÇÃO DO AUMENTO INGESTA LIQUIDO MATERNO PARA AUMENTO PRODUÇÃO LEITE		
ORIENTAÇÃO QUE A NOITE O LEITE É PRODUZIDO EM GRANDE QUANTIDADE		
ORIENTAÇÃO PARA ORDENHA MANUAL E RETIRADA DO LEITE CASO NECESSITE SAIR E SUA VALIDADE EM GELADEIRA E CONGELADOR		

GENITORA(O): _____

ASSINATURA

ENFERMEIRA(O): _____

ASSINATURA

ANEXO D – ANAIS ELETRÔNICOS: ISSN 2236-9244**VIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR: AS CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E AS ESPECIALIDADES NA PSICOLOGIA HOSPITALAR.****Curitiba, de 11 a 14 de Agosto de 2011.****RESUMOS****PALESTRANTE: MARISA MARANTES SANCHEZ**

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela PUCRS, Docente da Ulbra, Tutora Regional da Atenção Humanizada com Recém Nascidos de Baixo Peso pelo Ministério da Saúde, Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário da Ulbra – Centro de Referência do Método Canguru no RS.

DATA 13 de Agosto

HORA 10h40min

ATIVIDADE Participante da Mesa Redonda

A atuação em UTI pediátrica e neonatal

TEMA: Humanização com recém nascidos: Avaliação de estressores e intervenção com paisResumo:

Em dezembro de 1999, foi oficialmente apresentada, pelo o Ministro da Saúde, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, cujo objetivo era a mudança de paradigma na assistência oferecida ao bebê e extensivo aos seus familiares. Esta proposta surge a partir de um levantamento de dados referentes ao número de nascidos prematuros, onde foi constatado que nascem ao ano 20 milhões de bebês com baixo peso. Destes nascimentos a maioria ocorre em países pobres, sendo que no Brasil chegou a ser considerada a principal causa da mortalidade infantil no País (Lamy et all, 2005). Frente a esta constatação a equipe da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, volta a sua atenção para a humanização dos cuidados com o bebê, valorizando e proporcionando um contato mais intensivo deste com sua mãe desde os primeiros dias de nascimento.

Entre as propostas preconizadas na técnica assistencial, os cuidados psicoafetivos tornam-se um dos focos de atenção. Passam então a favorecer o livre acesso dos pais a UTI-Neonatal e os estimulam ao toque na criança, visando uma função biológica protetora (MS, 2000). Entretanto, percebem que o toque pode provocar o estresse do recém-nascido, assim como outros estímulos do ambiente como barulho e luz, por exemplo, ou ainda estímulos dolorosos, como a punção. Estar próximo ao bebê requer que estes pais e demais cuidadores saibam como

fazê-lo. Favorecer o contato do cuidador com o prematuro, bem como orienta-lo torna se um novo desafio para equipe de humanização. Os pais frente ao estresse do seu filho, o qual apresenta como sinal de um estressor presente a perda de peso, tendem a afastar-se para não coloca-lo em risco. Identificar os sinais de alerta precoces emitidos pelo prematuro, codificar a sua linguagem e saber comunicar-se com o mesmo, mostra-se fator essencial no asseguramento de sua sobrevivência. Psicoeducar os pais sobre o estímulo sincronizado e as competências do recém-nascido de baixo peso, favorece o processo contínuo de vínculo entre ambos. Estes cuidados permitem que o recém-nascido desenvolva estruturas cognitivas mais saudáveis, possibilitando a formação de significados sobre o mundo que o rodeia, melhor estruturada.

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO E A RELAÇÃO FAMÍLIA/BEBÊ EM UMA UTI NEONATAL: a separação precoce

Pesquisador: Márcia Cristina Sousa Fonseca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47543615.9.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.268.130

Apresentação do Projeto:

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) nos tempos atuais é um campo de atuação do psicólogo que, juntamente com a mãe e o pai do bebê, poderão desenvolver caminhos e formas de se confrontar com a separação precoce diante da hospitalização do recém-nascido, buscando estratégias de enfrentamento que possam ser estimuladas ou criadas e, ainda, reposicionar as circunstâncias de internação do bebê no entendimento dos sujeitos envolvidos, entre eles a mãe, o pai, irmãos, avós, demais familiares e da equipe de saúde, possibilitando um espaço em que a angústia desses familiares seja acolhida na busca de um sentido e, não suprimida.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, de cunho etnográfico, a ser realizada em uma maternidade de Salvador, utilizando um roteiro de entrevista semi-estruturado com cinco (05) casais (pais /mães) que vivenciaram a experiência de ter seu bebê recém-nascido hospitalizado na UTI Neonatal e com cinco (05) profissionais de categorias diferentes da equipe de atendimento ao neonato, respeitando os horários da Instituição e ambientes reservados na própria instituição hospitalar e previamente agendado, que forem mais adequados aos participantes. A coleta de dados ocorrerá no período de 02/09 a 30/10, após a aprovação do comitê de ética e as pesquisadoras seguirão as orientações, bem como as determinações éticas que constam na Resolução 466/2012 que envolve pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40.231-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 1.268.130

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender a tríade (mãe-bebê-pai) no processo de separação precoce na UTI Neonatal e como a equipe interdisciplinar intervém durante esta vivência juntamente com a família.
- Descrever as relações interpessoais entre o bebê, suas respectivas famílias e a equipe de saúde interdisciplinar.
- Investigar o sofrimento psíquico da mãe e do pai que volta para casa enquanto o seu bebê permanece hospitalizado.
- Relatar o universo simbólico das mães e dos pais frente ao acompanhamento de seus filhos na UTI Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta como risco a possibilidade do participante sentir-se constrangido pelo fato de serem abordados conteúdos íntimos da família, ou desconforto do profissional em relatar sua atuação profissional. Mas prevê que, caso isso ocorra, a pesquisadora, que tem formação em Psicologia e é atuante como profissional, poderá acolher e prestar os serviços necessários sem custos para os voluntários da pesquisa.

Como benefício, descreve a relevância por ampliar o conhecimento desta vivência e a relação de humanização mãe-pai-bebê na UTI Neonatal para que assim possam ser otimizados os impactos nas famílias, podendo favorecer intervenções junto a elas. As informações fornecidas poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos, assim como o voluntário poderá refletir sobre a sua realidade familiar. Além disso, com os dados obtidos poderão ser fornecidos subsídios para o trabalho educativo e/ou terapêutico com famílias do contexto de classe média/baixa de Salvador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta a contextualização do problema utilizando referências atualizadas e pertinentes ao tema proposto, com metodologia bem definida. Teve como motivação a experiência vivenciada pela pesquisadora em Unidade de Terapia Intensiva da neonatal, onde se sensibilizou quanto ao que ocorre quando a família se separa de seu bebê recém-nascido. Poderá apresentar um diagnóstico dos sentimentos vivenciados pelos pais e que poderão subsidiar a implementação de medidas pelos profissionais para reduzir o impacto e sofrimento de pais diante do afastamento dos seus filhos tão esperados.

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação **CEP:** 40.231-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.268.130

Descreve que a pesquisa não trará custos aos seus participantes, bem como para a instituição hospitalar ou qualquer compensação financeira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta toda a documentação necessária à apreciação pelo CEP, como o TCLE em linguagem clara e acessível para os participantes, e a autorização da instituição que pretende realizar a pesquisa, conforme Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da relevância do estudo para os participantes da pesquisa, contribuição para a saúde, considerando o perfil dos pesquisadores, e atendimento aos princípios éticos, julgo pertinente a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado, em reunião ocorrida em 07/10/2015, acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_557040.pdf	24/07/2015 13:56:20		Aceito
Outros	Currículo PDF.pdf	24/07/2015 13:51:51		Aceito
Outros	ANEXO A - Portaria nº 693 Mãe-Canguru.doc	24/07/2015 13:30:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	24/07/2015 13:28:08		Aceito
Outros	Carta de Anuência.pdf	24/07/2015 11:01:23		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Assinada.pdf	24/07/2015 10:55:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Profissionais de Saúde.pdf	23/07/2015 19:54:24		Aceito

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40.231-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.268.130

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pais e Mães.pdf	23/07/2015 19:53:59		Aceito
---	--	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 08 de Outubro de 2015

Assinado por:
Ana Maria Fernandes Pitta
(Coordenador)

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação **CEP:** 40.231-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br