



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA DO COUTO MAIA

**PRESENÇA DE MÃES E PAIS EM UNIDADE NEONATAL: PERCEPÇÕES DE
PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

2019

CAMILA DO COUTO MAIA

**PRESENÇA DE MÃES E PAIS EM UNIDADE NEONATAL: PERCEPÇÕES DE
PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Arianne Thaise Frello Roque

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maia, Camila do Couto

Presença de mães e pais em Unidade Neonatal : Percepções
de puérperas e profissionais da equipe de enfermagem /
Camila do Couto Maia ; orientadora, Ariane Thaise Frello
Roque, 2019.

92 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Recém-nascido. 3. Relações pais-filho.
4. Enfermagem Neonatal. 5. Unidade Neonatal. I. Roque,
Ariane Thaise Frello. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Camila do Couto Main

Presença de mães e pais em Unidade Neonatal: percepções de puérperas e profissionais da equipe de enfermagem

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Enfermagem" e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de setembro de 2019.

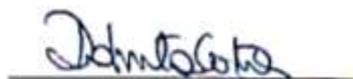


Prof. Dra. Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Ariane Thaise Frello Roque
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora



Prof. Dra. Roberta Costa
Universidade Federal de Santa Catarina



Enfa. Dra. Simone Vidal Santos
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Dedico este trabalho aos meus pais Adelino (*in memoriam*) e Celeste, que me proveram uma excelente educação e mesmo com as adversidades da vida, sempre estiveram ao meu lado, servindo como minhas maiores fontes de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Adelino Maia de Queiroz (*in memoriam*) e Celeste Raimunda Santos do Couto, assim como à minha irmã Bruna do Couto Maia. A criação que me deram, o constante apoio até os dias de hoje, o incentivo aos estudos e auxílio durante a graduação, foram e são essenciais para que eu siga sempre em frente, sem nunca desistir.

À minha orientadora Profa. Dra. Ariane Thaise Frello Roque, agradeço por mostrar-se mais do que simplesmente minha orientadora, mas sim uma amiga. Admiro-te muito e agradeço por confiar em mim e em minhas ideias, além de me apoiar e aceitar “entrar nessa” comigo; acredito que você viu potencial em mim e com certeza foi de extrema importância para a minha formação profissional e também para o meu crescimento pessoal.

Aos demais professores, agradeço pela sabedoria e conhecimento compartilhados durante a graduação, em especial a Profa. Dra. Margarete Maria de Lima, que também depositou confiança em mim e buscou sempre me ofertar novas oportunidades.

Aos amigos e colegas que de alguma forma participaram da minha vida durante esse período de cinco anos, agradeço as experiências que passamos juntos, o companheirismo em diversas horas de estudos, mas também em todos os momentos de diversão, lazer e distração. Agradeço em especial, minhas amigas Cibele Martins e Juliana Neves, que conheço há tantos anos e me auxiliaram e apoiaram desde a escolha do curso. À minha amiga Karoline Silva, que tive o prazer de conhecer graças à enfermagem e, claro, àqueles que entraram comigo na graduação e que juntos, a terminaremos: Franciny da Silva, Gustavo da Cunha Teixeira, Karina Martins Filomeno – vocês são pessoas maravilhosas e com certeza serão enfermeiros incríveis!

Agradeço ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Universitário da UFSC por me proporcionar minha primeira experiência de estágio; e ao Laboratório de Práticas de Enfermagem (LABEnf), pela oportunidade de atuar como monitora. Pude desenvolver contato com outros profissionais, além de atuar no ensino, enriquecendo muito o meu lado profissional.

Ao Laboratório Bridge da UFSC, agradeço também a confiança que me foi dada. Uma oportunidade única e totalmente diferente do que já havia vivenciado, que me proporcionou muito aprendizado e me possibilitou conhecer pessoas maravilhosas, dispostas a

compartilharem suas experiências e a me ensinarem sempre mais, com muita espontaneidade. Aos colegas e amigos que fiz: vocês foram um verdadeiro suporte no meu último ano da graduação.

Agradeço às entidades estudantis que tive chance de participar durante a graduação: Centro Acadêmico Livre de Enfermagem (CALEnf), Empresa Júnior de Enfermagem (EJEN) e principalmente à Liga Acadêmica de Enfermagem Neonatal e Pediátrica (LAENP), pois conheci diferentes pessoas com muita iniciativa, proatividade, espírito de empreendedorismo, insistência e foco, o que contribuiu também para o meu crescimento pessoal e profissional.

Não poderia deixar de agradecer ainda, aos participantes da pesquisa: enfermeiros, técnicos de enfermagem e puérperas - que me receberam muito bem e abriram mão de seu tempo, ou até mesmo precisaram parar suas tarefas para me auxiliarem no estudo. Assim como ao meu amigo Gustavo e sua família, que me acolheram e ampararam durante o período de coleta de dados. Vocês foram essenciais para o desenvolvimento do meu trabalho.

Aos membros da banca examinadora, as enfermeiras Profa. Dra. Roberta Costa, Dra. Simone Vidal Santos e Profa. Dra. Patricia Klock, agradeço por aceitarem participar da minha banca e pelas contribuições ao meu estudo. Vocês foram meus primeiros exemplos de profissionais da área da Enfermagem Neonatal.

E aos demais profissionais que conheci e que contribuíram em minha formação ao longo desses cinco anos, deixo aqui o meu muito obrigada.

*“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto
você não tem condições melhores, para fazer melhor
ainda”*

(Mario Sergio Cortella)

RESUMO

Introdução: o período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida de um recém-nascido, sendo considerado de grande vulnerabilidade para o bebê. Quando o mesmo se encontra em situações de risco de morte ou necessidade de cuidados especializados, há necessidade de internação em Unidades Neonatais. Nestes ambientes, o cuidado, objeto de trabalho da enfermagem, não pode ter foco unicamente no recém-nascido, pois há necessidade de cuidados voltados também à família. **Objetivo:** conhecer a percepção de puérperas e de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais no ambiente de uma Unidade Neonatal. **Método:** pesquisa de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Unidade Neonatal de um hospital do sul do Estado de Santa Catarina, com horários restritos para as visitas dos pais e demais familiares, em janeiro de 2019. Os participantes foram oito puérperas cujos filhos passaram por internação no cenário de estudo e também, 15 profissionais da equipe de enfermagem, totalizando 23 entrevistas. A análise dos dados fora realizada conforme a análise de conteúdo de Bardin. Os fundamentos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foram respeitados, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer de número 3.094.053 sob CAAE 04556918.0.0000.0121. **Resultados:** os resultados obtidos geraram dois manuscritos; o primeiro teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais na Unidade Neonatal de um hospital público. Deste estudo emergiram cinco categorias: a) Horários de visita; b) Visitação relacionada às atribuições da enfermagem e infecções; c) Método Canguru; d) Acolhimento e empatia; e) Cuidados com o bebê e amamentação. Existem divergências de opiniões quanto à presença dos pais, pois os profissionais a consideram importante e possuem empatia, entretanto, relacionam a permanência dos pais na unidade com prejuízos durante a realização de cuidados e também, com infecções. O segundo manuscrito teve como objetivo conhecer a percepção de puérperas acerca da presença das mães e pais no ambiente da Unidade Neonatal. Este estudo gerou três categorias: a) Visita à Unidade Neonatal; b) Relações com os profissionais de saúde; c) Sentimentos maternos em relação à hospitalização na Unidade Neonatal. Neste estudo fora destacado que as puérperas demonstram o despertar de diferentes sentimentos com a internação de um filho e acabam por se sentirem satisfeitas, no geral, com o tratamento oferecido na unidade e com os horários de visita. **Considerações finais:** o presente estudo fornece subsídios para uma reflexão acerca da necessidade de mudanças no âmbito das Unidades Neonatais, demonstrando a importância da presença das mães e pais junto aos recém-nascidos. Há necessidade de trabalhos de educação permanente junto aos profissionais da equipe de saúde, que às vezes, acreditam que seus fazeres serão afetados pela livre permanência dos pais na unidade, diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde; e também, trabalhos em conjunto com os pais, que muitas vezes não sabem os direitos que possuem.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Relações Pais-Filho. Enfermagem Neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Humanização da Assistência.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos profissionais da equipe de enfermagem participantes da pesquisa.....	39
Quadro 2 - Dados das puérperas participantes da pesquisa.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FiO2	Fração Inspirada de Oxigênio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	Método Canguru
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
PMC	PubMed Central
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	RECÉM-NASCIDOS	17
3.2	UNIDADES NEONATAIS	18
3.3	LEGISLAÇÃO, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO AO RN	19
3.4	ENFERMAGEM NA UNIDADE NEONATAL	24
3.5	PRESENÇA DOS PAIS NA UNIDADE NEONATAL	24
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	28
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	28
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
4.4	COLETA DOS DADOS	30
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	32
5	RESULTADOS.....	34
5.1	MANUSCRITO I.....	34
5.2	MANUSCRITO II.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada para mães	84
	APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada para profissionais.....	85
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	ANEXO A - Parecer substanciado do CEP.....	88
	ANEXO B - Parecer final do orientador.....	92

1 INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX, os cuidados às crianças eram subestimados pelos médicos e a assistência era voltada em sua maioria, para os adultos. Não existiam instituições que se dedicassem às crianças, sendo altas as taxas de mortalidade infantil, principalmente entre os recém-nascidos pré-termo (RNPT) (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Segundo Braga e Sena (2010) os cuidados aos recém-nascidos (RN) eram realizados por parteiras, pessoas constituintes da família ou pela própria mãe. No entanto, no final do século XIX, juntamente com a necessidade de redução da taxa de mortalidade infantil, houve a institucionalização do parto e do nascimento, trazendo os primeiros centros especializados de assistência aos RN.

O termo “neonatologia” refere-se à especialidade da área da saúde dedicada à assistência ao RN, incluindo também a pesquisa clínica e possuindo como principal meta a redução da mortalidade e morbidade perinatais, na procura da sobrevivência do neonato nas melhores condições funcionais possíveis (RAMOS, 1978, p. 253 apud MORAES FILHO, 2017, p. 39).

O obstetra Pierre Budin é considerado o pai da neonatologia, sendo responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a fomentar a base da medicina neonatal (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Pediatras e obstetras, principalmente, estabeleceram então, regras de cuidados com as crianças e desenvolveram equipamentos como a incubadora na segunda metade do século XIX, considerada um equipamento revolucionário no cuidado ao RNPT (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Sabe-se que a partir do século XX os avanços médicos e tecnológicos propiciaram o aumento na qualidade da assistência neonatal. O Brasil sofreu influências de países mais desenvolvidos, e desta forma, no início do século XX, a assistência ao RN no país iniciava sua organização baseada nos métodos estrangeiros (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Com o novo ambiente físico e tecnológico para o cuidado neonatal especializado, conformou-se a lógica da assistência voltada à realização de diagnósticos e aplicação de terapêuticas, com ênfase na sobrevida e recuperação do RN. Entretanto, essa reorganização não foi o suficiente para compreender integralmente às necessidades de saúde dos RN e de suas famílias, pois o foco do cuidado não abrangia todas as dimensões as quais deveriam ser consideradas (BRAGA; SENA, 2010).

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida do bebê, representando o período de maior vulnerabilidade quanto à sobrevivência deste (UNICEF, 2017). O RN, de acordo com Miyoshi e Kopelman (2004 apud SILVA *et al.*, 2013, p. 31) possui características fisiológicas e anatômicas específicas que demonstram fragilidade, como a imaturidade do sistema nervoso central e sistema respiratório. A prematuridade extrema, o baixo peso ao nascer e condições perinatais podem levar à necessidade de internação do RN por longos períodos, gerando a separação precoce entre o binômio mãe-bebê. Em longo prazo, este fato pode estar associado a distúrbios de afetividade, pensamento abstrato limitado e dificuldades cognitivas (MIYOSHI; KOPERLMAN, 2004 apud SILVA *et al.*, 2013).

Já o puerpério ou também denominado período pós-parto, é àquele que compreende a involução das modificações causadas pela gestação e parto, sendo cronologicamente variável para cada mulher devido às individualidades e particularidades de cada uma (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). Desta forma, o puerpério compreende alterações de cunho emocional que geram maior vulnerabilidade psíquica (BRASIL, 2006).

Assim, a internação neonatal é marcada por diversas emoções e sentimentos, incluindo conflitos, sensação de culpa, esperança e tristeza para os pais e para o restante da família. Devido ao risco de morte, muitos RN são afastados de suas mães para serem colocados em incubadoras, muitas vezes necessitando de oxigenoterapia e sendo expostos a uma série de procedimentos (MARTINS; OLIVEIRA, 2010).

A Unidade Neonatal (UN) é um ambiente desconhecido para os pais e constituída por alta tecnologia, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) – subdivisão da Unidade Neonatal especializada em cuidados intensivos. Assim, além dos cuidados ao RN, é necessário atentar-se também para a família, que neste cenário encontra-se fragilizada com a internação (ANTUNES *et al.*, 2014).

As ações de promoção, prevenção e a assistência à saúde voltada ao RN e puérpera têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde do indivíduo desde o período neonatal até a vida adulta. Vem sendo ressaltada a relação existente entre as condições encontradas na vida intrauterina, condições de saúde no nascimento e no período neonatal com os problemas crônico-degenerativos ocorridos na vida adulta - como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros (BRASIL, 2014).

A equipe de enfermagem representa parcela fundamental da equipe multidisciplinar em saúde, salientando aqui, o contexto da UN, onde a enfermagem é responsável por um amplo conjunto de ações, sendo o cuidado, o núcleo do processo de trabalho desses agentes. Logo,

faz-se imprescindível ouvir estes profissionais e compreender como se dá o cuidado no contexto da UN, o que exige o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades suficientes para cuidar das crianças e das famílias com qualidade (SILVA *et al.*, 2017).

O Método Canguru (MC) surge como um modelo de atenção que propõe possibilitar a redução do tempo de separação mãe/pai-filho, facilitar o vínculo afetivo entre o trinômio, possibilitar maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho. O MC estimula o aleitamento materno além de reduzir o estresse e a dor, permite adequado controle térmico do RN, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar e dentre outros benefícios, também aumenta a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (BRASIL, 2017a).

O Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 569, traz em seu artigo 2º, como princípio e diretriz para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que todo RN tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Segundo a Portaria nº 930, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das diretrizes diz respeito ao estímulo à participação e ao protagonismo das mães e dos pais nos cuidados ao RN (BRASIL, 2012b).

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069 de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências, redige que, estabelecimentos de atendimento à saúde, incluindo as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável quando em casos de internação da criança (BRASIL, 2016).

A presença e o envolvimento dos pais com os RN são considerados vitais para melhorar a evolução clínica dos bebês e também, o relacionamento e criação de vínculo dentro de cada família. A implementação e promoção de uma cultura de colaboração na UN beneficia não somente os bebês, mas também os pais, com potencial de melhora dos resultados para RNPT e RN de baixo peso (GUIMARÃES, 2015; UMBERGER; CANVASSER; HALL, 2018).

Segundo o estudo de Bastani, Abadi e Haghani (2015), a participação dos pais nos cuidados neonatais é a base da enfermagem neonatal moderna. As mães podem desempenhar um papel significativo no controle de doenças e processos de tratamento. Sendo assim, mostra-

se a necessidade de que autoridades do sistema de saúde ofereçam oportunidades para a efetivação de estratégias que promovam a presença e participação dos pais na UN.

Os enfermeiros compõem uma categoria de profissionais que podem melhorar a qualidade dos cuidados e, uma forma de fazer isto, é ouvindo o outro. Por este motivo, é de extrema importância que os enfermeiros e o restante da equipe de saúde saibam o que os pais dos RN realmente vivenciam e experienciam durante a internação do RN (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Apesar das preconizações do MS, sabe-se através da experiência de profissionais da área, que ainda existem hospitais no Brasil que não possuem condições estruturais e/ou organizacionais para a permanência dos pais, principalmente das mães, com os filhos nas Unidades Neonatais, se assim for o desejo dos mesmos. Considerando a necessidade de mais estudos acerca da importância da presença dos pais junto aos seus filhos, quando há internação, optou-se pela realização do presente estudo. O mesmo compreende um Trabalho de Conclusão de Curso e tem como tema, a presença das mães e pais na UN, assunto que despertou interesse da pesquisadora dentro da temática da neonatologia, à qual a mesma se identificou ao longo da graduação.

A partir disso, buscou-se investigar acerca da realidade encontrada na UN de um hospital em que há restrição de horários para a presença dos pais. Gerou-se assim, a problemática do trabalho, levando à seguinte pergunta de pesquisa: qual é a percepção de puérperas e profissionais da equipe de Enfermagem acerca da presença das mães e pais em UN?

Diante do exposto, a relevância do estudo justifica-se então, pois a presença dos pais na Unidade Neonatal sem limitação de tempo é crucial para que os mesmos possam participar dos cuidados aos seus filhos, melhorando os resultados do tratamento, fortalecendo a criação de vínculo, afeto, e reduzindo ainda, o risco de abandono. Acredita-se que este estudo é passível de trazer contribuições acerca do impacto quanto à presença das mães e pais junto aos RN, na perspectiva dos profissionais e puérperas, oferecendo subsídios no âmbito do cuidado prestado pela enfermagem em UN.

2 OBJETIVO

Conhecer a percepção de puérperas e de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais no ambiente de uma Unidade Neonatal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é imprescindível para a elaboração de um trabalho científico. A partir da revisão pode-se ter ideia do que já foi e do que ainda é preciso ser pesquisado. É necessário ter clara ideia do problema a ser resolvido no trabalho e, para isso, a revisão de literatura torna-se fundamental. Uma ampla revisão acerca do tema de pesquisa colabora na definição do que optar para pesquisar, auxiliando ainda, na captação de novas ideias para investigações, na orientação em relação ao que já é conhecido, na percepção de temas e problemas pouco pesquisados (ECHER, 2001).

Existem diferentes tipos de revisão de literatura, dentre eles, apresenta-se a revisão de literatura classificada como narrativa. A presente revisão é assim classificada, pois este é o subtipo que engloba revisões que apresentam uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção (CORDEIRO *et al.*, 2007).

A pesquisa foi realizada através de uma busca aleatória em bases de dados como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e base de dados de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bibliotecas eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed Central (PMC), além do metabuscador *Google Acadêmico*. Foi utilizada também a plataforma do Sistema de Legislação da Saúde para procura de documentos jurídicos.

Os temas que compõem esta revisão são UN, com ênfase no RN, na presença da família e no papel da enfermagem na UN; políticas, estatutos, leis e portarias da área.

3.1 RECÉM-NASCIDOS

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida do indivíduo, onde deve ocorrer a adaptação à vida extrauterina. Contudo, nesse período diversos fatores podem levar à internação, tornando os RN vulneráveis. Ressalta-se que o peso ao nascer, a defesa imunológica humoral e celular diminuída associada à prematuridade e a necessidade de procedimentos invasivos interferem diretamente nisso (BRASIL, 2014).

São considerados RNPT àqueles nascidos antes da 37ª semana de gestação enquanto os RN a termo nascem entre a 37ª e 42ª semana e, os RN pós-termo, são considerados àqueles nascidos com 42 semanas de gestação ou mais (BRASIL, 2006).

A maior causa de internação prolongada em UN compreende a prematuridade. Os RNPT são muito vulneráveis a manipulações e ao desenvolvimento de patologias, podendo apresentar ao nascimento ou vir a desenvolver, por exemplo, distúrbios respiratórios resultantes da imaturidade do sistema respiratório e da incapacidade de produção de surfactante. O sistema nervoso central também pode ser afetado e haver afecções cerebrais, e desta forma os RNPT podem apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento das habilidades motoras, cognitivas, perceptuais e de linguagem, sendo que os que nascem com baixo peso, possuem maior predisposição de complicações no crescimento e desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), em termos fisiológicos, a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente, compreende a mudança mais crítica e imediata exigida aos neonatos. Ao desconectar-se da placenta, há perda principalmente do suprimento de oxigênio e dificuldade na remoção de dióxido de carbono. Devido a isso, é comum a internação de RN na UN devido a problemas de cunho respiratório.

A UN oferece um ambiente adequado para prestar assistência especializada em razão das condições clínicas apresentadas pelo RN. A equipe de enfermagem torna-se essencial em promover a adaptação do bebê ao meio externo, provendo adequado equilíbrio térmico, umidade, luz, som, monitoramento de sinais, entre outros. Desta forma, quando o RN necessita ser internado no ambiente da UN, tem a sua disposição tecnologia de ponta e diversos equipamentos, além de profissionais capacitados e protocolos específicos para a atenção ao neonato (RIBEIRO *et al.*, 2016).

3.2 UNIDADES NEONATAIS

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave. Sendo assim, é dotada de estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012b).

As Unidades Neonatais no Brasil são divididas de acordo com as necessidades de cuidados apresentadas pelo RN, havendo a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). Esta última possui ainda duas tipologias, a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012b).

As UTIN, dentro do âmbito do SUS atualmente, poderão ser habilitadas em tipo II ou III, de acordo com estrutura mínima recomendada. Esta, inclui necessidades quanto à estrutura e funcionamento do estabelecimento hospitalar, até a disposição de materiais e equipe mínima de trabalho na unidade. O que irá diferir a classificação de II para III é a inclusão de profissionais mais habilitados/especializados na área e a disponibilidade de bombas de infusão e ventilador mecânico microprocessado (BRASIL, 2012b).

O Estado de Santa Catarina, segundo a Secretaria de Estado da Saúde (2018) possuía no ano de 2018, 226 leitos de UTIN, sendo 173 do tipo II e 23 do tipo III. Do total, 174 leitos são públicos e 52 são privados. Do total de leitos públicos, 144 são custeados pelo Ministério da Saúde e 30 recebem custeio do Governo do Estado.

A UN engloba um ambiente de cuidados especializados para o atendimento de neonatos nascidos a termo ou pré-termo que se apresentam em condições em que há risco à vida e que, desta forma, necessitam de monitorização contínua e/ou terapias específicas (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016).

Segundo o MS (2012) são considerados casos graves ou com risco de morte os RN de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou estejam em fase aguda de insuficiência respiratória com fração inspirada de oxigênio (FiO_2) maior que 30%; RN menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor do que 1000 gramas; que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; que precisem de nutrição parenteral; e àqueles que necessitem de cuidados especializados, como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, uso de antibióticos, exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados (BRASIL, 2013a).

3.3 LEGISLAÇÃO, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO AO RN

A atenção humanizada é preconizada e regida através da legislação brasileira, de políticas públicas e estratégias de saúde. Os cuidados ao RN também são descritos nas mesmas. É exibido a seguir um panorama geral da legislação, políticas e estratégias vigentes.

O início da legislação ao RN se dá através do ECA, estabelecido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Considera-se como criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos; tanto a criança, quanto o adolescente, gozam de todos os direitos inerentes ao ser humano. Em sua redação original, em art. 12, o estatuto já trazia que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão

proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

Assegura-se assim, por lei e outros meios, oportunidades que facultem o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. É dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, entre outros, incluindo ainda o direito à convivência familiar (BRASIL, 1990).

Como dito anteriormente, o período neonatal compreende um momento de grande vulnerabilidade na vida. Há concentração de certos riscos para o RN que podem gerar sequelas na infância e posteriormente na vida adulta. Esses riscos podem ser biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais. Através do ECA, há atuação oportuna, integral e qualificada, quanto à proteção social e saúde, garantindo os direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2014).

A proposta de obter pilares sustentadores para os cuidados perinatais, no Brasil, deu origem à Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, publicada pelo Diário Oficial como Portaria nº 693, em 5 de julho de 2000, posteriormente revisada como Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2017a).

O MC compreende um modelo de atenção perinatal, voltado para o cuidado humanizado e qualificado, que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, favorecendo o cuidado ao RN e à sua família e permitindo uma maior participação dos pais e da família no cuidado ao seu bebê. Faz parte do MC o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a denominada posição canguru (BRASIL, 2017a).

O MC compreende algumas etapas, explicadas posteriormente. A posição canguru consiste que o RN se mantenha na posição vertical, junto ao peito do adulto, havendo contato pele a pele, mantendo o RN somente de fralda. A posição deve respeitar o tempo mínimo necessário para estabilização do RN, mas sua duração será o tempo que pais e bebê considerarem o suficiente; havendo o acompanhamento por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2017a).

Segundo o estudo realizado por Boundy *et al.* (2016), o MC aumenta a probabilidade de amamentação exclusiva por pelo menos quatro meses de idade, e diminui riscos para os RN, como os de sepse, hipotermia, hipoglicemia e reinternação hospitalar; além disso, há melhora nos sinais vitais, maior crescimento da circunferência da cabeça e diminuição dos escores de dor, não sendo encontradas evidências de danos relacionados ao Método.

A primeira etapa do MC tem seu início no pré-natal, em gestações que necessitam de cuidados especializados; persiste durante o parto/nascimento e é seguido da internação do RN na UTIN ou UCINCo. Nesta etapa, acolhe-se a família, promove-se o acesso precoce e a livre permanência dos pais na unidade neonatal, propicia-se o contato pele a pele respeitando as condições clínicas do bebê, oferece-se suporte e apoio para a amamentação, dentre outras coisas (BRASIL, 2017a).

Quanto à segunda etapa, esta é realizada na UCINCa, garantindo todos os processos de cuidado já iniciados, porém, com a atenção voltada principalmente ao aleitamento materno e manutenção da posição canguru, valorizando-se a presença e participação do pai nos cuidados. Para que o RN avance para esta etapa, deve apresentar estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1250g. Constituem critérios de elegibilidade da mãe, por exemplo, que a mesma tenha desejo e disponibilidade, assim como apoio familiar para sua permanência no hospital – que se dará em período integral (BRASIL, 2017a).

Os RN pré-termo e/ou de baixo peso na terceira etapa, receberam alta hospitalar e desta forma, a terceira etapa compreende o acompanhamento tanto pela equipe do hospital quanto da atenção básica. Para isso, a mãe deve apresentar-se segura, motivada, estar bem orientada, assim como os familiares conscientes quanto aos cuidados domiciliares com o RN. Este, deverá estar apresentando peso mínimo de 1600g, ter ganhado peso nos três dias antecedentes à alta hospitalar, estar apresentando sucção exclusiva ao peito ou, se necessário, que a mãe e família estejam habilitados a realizar complementação. O RN será acompanhado até atingir o peso de 2500g e, ao atingi-lo, será reavaliado (BRASIL, 2017a).

Existem impedimentos para a implementação do MC nos sistemas de saúde. Segundo o estudo de Chan *et al.* (2016), as principais barreiras incluem o financiamento – fundamental para que ele seja considerado e implementado – e a prestação de serviços. O financiamento torna-se de extrema importância, pois é preciso considerar a necessidade de ambientes com estrutura adequada, incluindo a criação de espaços privados e compras de equipamentos. Logo, o financiamento deve ser ampliado através de políticas, definições de papéis, educação e sistemas de monitoramento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 e é também conhecida como “HumanizaSUS”. Busca pôr em prática os princípios do SUS nos serviços de saúde, produzindo mudanças nas formas de gerir e cuidar. A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. A PNH possui três princípios, o da

transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, e corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, [201-]; BRASIL, 2013b).

Os trabalhadores e usuários devem buscar conhecer acerca do funcionamento do serviço, assim como participar ativamente na tomada de decisão e nas ações de saúde coletiva. O usuário e sua rede sócio familiar devem também se responsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos de doenças, assumindo o protagonismo com relação a sua saúde e de seus familiares. Também é importante que os usuários não se considerem apenas como pacientes, os trabalhadores não só cumpram ordens, pois as mudanças ocorrem somente quando há reconhecimento do papel de cada um (BRASIL, 2013b).

No âmbito da neonatologia, compreende-se a necessidade de tornar humano o atendimento e o relacionamento entre o trinômio: profissionais, bebês e familiares. A relação terapêutica no exercício da enfermagem se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Além da prestação de cuidados e de tratamento digno e acolhedor ao RN e os seus pais, é necessária uma postura ética que permeie as demais atividades e processos de trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Já a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, segundo a Portaria nº 1.459, de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Os objetivos da Rede Cegonha, segundo o MS, compreendem o fomento e implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e ao desenvolvimento das crianças de zero aos vinte e quatro meses; organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede vem sendo implementada gradativamente, em parceria com estados e municípios. Pauta-se na articulação de pontos de atenção, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação de serviços e profissionais. Desta forma, busca garantir aos RN boas práticas de atenção, alicerçadas em evidências científicas e nos princípios da humanização (BRASIL, 2014).

No dia 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída através da Portaria nº 1.130, no âmbito do SUS. Tem como objetivo a

promoção e proteção da saúde da criança e do aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais desde a gestação aos nove anos de vida (BRASIL, 2015).

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos; no eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN, tem-se dentre as ações estratégicas, a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao RN no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e, também, a atenção humanizada ao RNPT e de baixo peso, com a utilização do "Método Canguru". A política ainda traz que a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, deve ter especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em UN, com cuidado progressivo entre a UTIN, a UCINCo e a UCINCa; e após alta qualificada, que haja vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica (BRASIL, 2015).

A Lei nº 13.257 de 2016, estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas voltadas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e do ser humano (BRASIL, 2016).

Além disso, esta mesma lei altera o art. 12 da Lei nº 8.069 de 1990, trazendo que, mediante a internação de uma criança, todas as unidades de atendimento à saúde, “inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável” (BRASIL, 2016).

O projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa mais recente do MS em parceria com outras entidades, cujo objetivo consiste em qualificar a atenção ao parto, nascimento, planejamento reprodutivo e atenção às mulheres em situações de violência sexual e abortamento, em hospitais de ensino, universitários ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2017b).

O projeto busca potencializar a parceria entre o MS, os hospitais de ensino e as instituições formadoras, para fortalecer o papel dos diferentes atores envolvidos como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal, disponibilizando práticas formativas de atenção e de gestão que impactem a rede de serviços (BRASIL, 2017b).

3.4 ENFERMAGEM NA UNIDADE NEONATAL

Segundo Silva *et al.* (2018) os cuidados prestados pela enfermagem ao neonato envolvem não somente a necessidade da execução correta de técnicas, mas também as competências do enfermeiro. A assistência torna-se complexa, envolvendo desde o conhecimento das patologias mais frequentes até as necessidades sociais e emocionais da família. Isso faz com que sejam necessárias atualizações contínuas por parte da equipe de enfermagem, levando em conta as necessidades emergentes do cotidiano do trabalho na unidade neonatal.

Desta forma, as funções dos enfermeiros e do restante da equipe na UN demandam extrema responsabilidade, pois esta compreende uma unidade hospitalar cujos pacientes estão em risco eminente de óbito e também, apresentam elevado risco de complicações como infecções (SOUSA *et al.*, 2016).

A assistência neste ambiente tão particular, não deve limitar-se ao propósito de prolongamento da vida, mas sim, considerar a necessidade de construir e fortalecer o vínculo entre RN, família e profissionais de saúde. As atuais políticas e programas destinados à saúde materna e infantil evidenciam esse esforço; a equipe de enfermagem mostra um papel fundamental ao conseguir além de executar os cuidados diretos ao neonato, enxergar a família como parte integrante da assistência ao RN, percebendo suas necessidades (SOUSA, 2016; SILVA *et al.*, 2017). Desta forma, é ofertada ao RN e sua família uma qualidade de vida, com estímulo ao desenvolvimento adequado e redução de riscos.

Os enfermeiros vivenciam um pouco do cotidiano das famílias dos RN internados, e acabam por conhecer suas angústias e medos, participando da sua rotina diária. Quanto às estratégias de apoio, estes profissionais podem incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebê, estabelecendo um ambiente de confiança (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2015).

3.5 PRESENÇA DOS PAIS NA UNIDADE NEONATAL

É reconhecida a importância vital da proximidade entre pais-bebê nos primeiros anos de vida do RN, com criação de uma relação afetiva estável e permanente, mesmo quando o RN é considerado pré-termo. Desta forma, são desencadeadas as primeiras formas de contato que irão conduzi-lo junto às figuras principais de cuidado (BRASIL, 2017a).

As relações iniciais entre o RN e seus pais são consideradas o protótipo de todas as futuras relações sociais que irá estabelecer. Apesar de os RNPT necessitarem ser separados de seus pais devido à maior demanda por cuidados prestados pela equipe de saúde, estes bebês também precisam ter seu desenvolvimento afetivo preservado, logo, também carecem da presença de seus pais (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2002).

As consequências da hospitalização vão além do fator ambiental; a separação dos pais, ansiedade, dentre outras coisas, podem causar repercussões importantes, no entanto, são minimizadas quando o RN é cuidado pelos pais (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O estudo de Lester *et al.* (2014) demonstrou resultados estatisticamente relevantes nos Estados Unidos; os bebês internados em UTIN com implementação do modelo de cuidado que utiliza de *single Family-room*, em tradução “quartos unifamiliares”, ou seja, onde há presença constante da família, tiveram uma série de benefícios. Os mesmos incluíam: maior taxa de ganho de peso do bebê, peso maior no momento de alta, menor necessidade de procedimentos médicos, menores taxas de sepse, assim como também houve demonstração de atenção aumentada, menos estresse fisiológico, hipertonicidade, letargia e dor.

Um fato importante a considerar-se é que, durante a aproximação do nascimento do bebê, o foco da atenção profissional se dirige ao cuidado à mulher e ao RN, mas ainda há o restante da família para acolher. No processo de parto e puerpério os atores principais são a parturiente e o bebê, aos quais são dispensados todos os cuidados, o que faz com que, muitas vezes, os demais familiares fiquem desassistidos (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A UN é um local repleto de máquinas, o que leva a situações comuns em que nos deparamos com a tecnologia imperando sobre as relações sociais, trazendo impessoalidade, frieza e também, a desvalorização do cuidado (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Devido a isso, o ambiente apresenta-se também de forma hostil, pois há grande necessidade de técnicas agressivas e procedimentos invasivos aos quais os RN precisam ser submetidos. Fica perceptível assim, a inevitabilidade de incluir a família como unidade de cuidado, já que esta costuma encontrar-se vulnerável no contexto de uma internação (ANTUNES *et al.*, 2014; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010). As políticas públicas, principalmente o MC, buscam aliar a tecnologia ao cuidado e humanizar a assistência, incentivando desta forma, a presença dos pais na UN.

Ao pensar no processo de gestação, sabemos que o mesmo inclui um amplo espectro de sentimentos, dúvidas, medos e anseios – principalmente para a mulher –, e que sugerem atenção

especial da equipe de saúde para aspectos biológicos relativos à saúde da gestante e da criança, mas também voltada aos aspectos psicológicos/emocionais (RIBEIRO *et al.*, 2018).

No puerpério imediato, quando o bebê é levado para a UN, a mãe acaba por vivenciar momentos de vazio, solidão e medo, muitas vezes sozinha e sem notícias (BRASIL, 2017a). O puerpério é considerado como o período de maior vulnerabilidade à intercorrências como hemorragias, infecções e problemas mamários relacionados à lactação, ressaltando-se ainda, a alta taxa de ocorrência de depressão puerperal. Observa-se que, comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério compreende a fase em que a mulher recebe menos atenção pela equipe de saúde (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

O desenvolvimento de estudos envolvendo puérperas é de extrema importância para que haja o levantamento de informações e fatores de risco para transtornos de humor comuns no período puerperal, possibilitando o planejamento de ações preventivas de forma precoce, a fim de minimizar os danos ao binômio mãe-bebê, além de reforçar a importância dos cuidados voltados a saúde mental da mulher no período gestacional e puerperal (ANDRADE *et al.*, 2017).

O bebê internado em uma UN, antes de tudo estava sendo gestado por seus pais. Nesta visão, há o bebê imaginário, que é àquele que nasce a partir da gravidez, cujas fantasias são feitas à imagem do que os pais constroem em suas imaginações, enquanto que o bebê real firma-se como diferente do bebê imaginado, ao possuir um diagnóstico não esperado, ou necessitar de uma internação, a história do RN e de sua família é alterada e torna-se distante da que os pais fantasiavam na gestação (CARVALHO; PEREIRA, 2017).

O puerpério traz consigo novas tarefas não somente para a mulher, mas também para o homem, frente à necessidade de adaptação pela presença de um RN e suas solicitações, proporcionando vivências especiais porém consideradas intensas e profundas, pois cuidar de um filho traz consigo exigentes demandas. Neste sentido, o período puerperal determina significativas mudanças inclusive quanto às representações mentais, pois os pais passam a cuidar de um bebê real que pode ou não corresponder às suas expectativas e desejos (BRASIL, 2017a).

O pai geralmente é o primeiro a entrar na UN, ter contato com a equipe e com o filho, recebendo as primeiras informações para repassar ao restante do grupo familiar, o colocando em um papel significativo. A figura paterna se torna alvo de grande responsabilidade, sendo cobrada pelos demais membros da família, devido as solicitações da equipe de saúde e pela necessidade de suporte à sua mulher (BRASIL, 2013c).

Em unidades que possuem o MC implementado, uma estratégia utilizada para promover a aproximação do pai com o RN é a posição canguru, onde o pai permanece em contato pele a pele com o bebê, propiciando interação compartilhada e facilitando um contato diferente, que trará como repercussão uma proximidade maior com seu filho. A presença do pai ainda faz com que a mãe se sinta acompanhada e segura no desenvolver da maternagem; para o RN são possibilitadas novas experiências proprioceptivas, perceptivas e cognitivas, além das afetivas (BRASIL, 2017a).

Há ainda a licença paternidade, que apesar de ser nitidamente discrepante da licença maternidade, busca incentivar a presença da figura paterna neste período. Segundo a Constituição de 1988, eram assegurados cinco dias de licença para os pais. Contudo, a Lei nº 13.257 de 2016 aumenta a licença paternidade de cinco para 20 dias, tendo direito à esta, os trabalhadores de locais que fazem parte do programa denominado “Empresa Cidadã”, criado em 2008 (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

A partir disso, percebe-se a importância do enfermeiro em realizar um adequado acolhimento ao pai, fornecendo informações sobre o estado de saúde de seu filho, sobre as rotinas gerais da unidade, buscando manter o diálogo e acreditando na capacidade deste pai. A partir do destaque dos aspectos positivos e potencialidades do RN, não realçando somente a doença, possibilita-se uma melhor experiência e maior ligação afetiva (SOARES *et al.*, 2015).

Normalmente os pais confiam no ambiente da UN e nos profissionais quanto à manutenção da vida do bebê. Entretanto, a presença de todo um aparato tecnológico pode gerar afastamento do filho, pois este muitas vezes não pode ir ao colo, havendo redução do contato físico. Torna-se importante o ato de estimular a aproximação do pai com o bebê por meio do toque (SOARES *et al.*, 2015).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa é um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. As pesquisas do tipo descritivo têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população, fenômeno, ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis; buscam levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. As pesquisas consideradas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato (GIL, 2008).

A pesquisa de abordagem qualitativa possui o foco voltado para a profundidade e para fenômenos, trabalhando na perspectiva subjetiva, com dados que podem ser obtidos por intermédio de entrevistas semiestruturadas, observação, dentre outros meios. Ao realizar uma análise de método qualitativo, concretiza-se a possibilidade de construção de conhecimento, dispondo-se de todos os requisitos e instrumentos para que seja considerada e valorizada como um construto científico (VASCONCELOS, 2010; MINAYO, 2012).

No contexto da saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas o seu significado para a vida das pessoas, sendo indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida representam. Ao conhecer as significações do processo saúde-doença, torna-se possível melhorar a qualidade da relação entre o quadrinômio: profissional, paciente, família, instituição; além de promover maior adesão de pacientes frente a tratamentos; entender certos sentimentos, ideias e comportamentos, não somente dos indivíduos doentes, mas também de seus familiares e da equipe de saúde (TURATO, 2005).

Desta forma, a pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória apresenta-se como uma possibilidade de conhecer percepções, foco de objetivo deste estudo.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital localizado no sul do Estado de Santa Catarina, cuja gestão é estadual. A cidade em que o hospital está localizado, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2018, possui população estimada de aproximadamente 213 mil habitantes, sendo considerada polo industrial em variados setores.

O hospital fornece atendimento público de referência à população materno-infantil para todos os municípios do sul do Estado. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2019, este estabelecimento possui treze leitos de UTIN tipo II, com horários restritos para as visitas, sendo um horário determinado para manhã com duração de uma hora, um para a tarde durante uma hora e 30 minutos, e no período noturno há outro horário com duração de uma hora para visita, de acordo com as informações presentes no *site* do próprio hospital.

Ao internar um RN ou criança com necessidade de cuidados em ambiente de terapia intensiva, estes permanecerão na unidade até que não necessitem mais de cuidados tão específicos quanto à respiração, alimentação, medicação, etc. Ao receberem alta da UN/UTIP, as crianças normalmente são encaminhadas para internação na ala pediátrica onde os pais atuam diretamente no cuidado aos filhos até a alta hospitalar.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram compreendidos no estudo um total de 23 participantes, sendo estes, 15 profissionais da equipe de enfermagem – quatro enfermeiras e 11 técnicos de enfermagem – e também, oito puérperas.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se para as mulheres, que estas fossem preferencialmente maiores de idade (18 anos). Para inclusão, as puérperas deveriam ter seus filhos internados na UN no momento da coleta de dados. Frente ao número de internações insuficiente no período de coleta, foram coletadas informações de duas puérperas cujos bebês haviam recém recebido alta da UN e estavam na ala pediátrica; todos os bebês possuíam internações realizadas em seus primeiros 28 dias de vida.

Para os profissionais da equipe, foram incluídos profissionais que tivessem titulação de nível técnico ou superior em enfermagem e, que estivessem trabalhando na área de neonatologia ou pediatria há pelo menos seis meses, sendo excluídos àqueles que estivessem em férias ou afastados por licença.

A seleção das mulheres e profissionais ocorreu através de visitas ao hospital em diferentes turnos, conforme levantamento de internações de bebês e conforme escala de profissionais. Todos os profissionais e puérperas que foram convidados, aceitaram participar do estudo, sem recusas/ desistências.

Decidiu-se pelo fim da coleta quando houve a saturação dos dados, identificada através da repetição dos mesmos nas falas das puérperas e dos profissionais.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2019, através de entrevistas semiestruturadas com quatro questões discursivas e questões de identificação – sendo as entrevistas diferentes para profissionais e puérperas (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

Anteriormente à coleta de dados, houve contato com a diretora de enfermagem do hospital, assim como com uma das enfermeiras da UN, para lembrar o estudo que já havia sido aceito e desta forma, iniciar formalmente a coleta de dados na unidade. Subsequentemente, ocorreu a seleção dos participantes e a aproximação com os mesmos.

Cada participante da pesquisa foi questionado quanto ao interesse em participar do estudo, com uma breve explicação. Após aceitação concedida através de diálogo, foram apresentados os documentos de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e os de aceitação pela diretoria de enfermagem do hospital para cada participante individualmente. Juntamente com uma explicação acerca do estudo, foram entregues e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Após aceito concedido formalmente, foram aplicadas as entrevistas, que ocorreram individualmente em uma sala dentro do setor da UN, propiciando privacidade para os entrevistados. A própria pesquisadora realizou as entrevistas. Os áudios foram gravados com aparelho celular e salvos de forma *online* em dispositivos de armazenamento em nuvem e *e-mail*, assim como *off-line* no armazenamento do notebook da pesquisadora. As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente dois minutos com as puérperas e quatro minutos com os profissionais.

A entrevista da pesquisa qualitativa pode ser definida como um encontro interpessoal para a obtenção de informações verbais e/ou escritas, consistindo desta forma, em um instrumento científico utilizado para gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas. As entrevistas semiestruturadas, ou também denominadas como semidirigidas, funcionam como um roteiro, apresentando-se de forma altamente dinâmica (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

A realização de uma boa entrevista exige que o pesquisador tenha bem definidos os objetivos de sua pesquisa; que conheça o contexto em que pretende realizar sua investigação, incluindo as necessidades de estudos e uma boa revisão bibliográfica; é preciso conhecer o roteiro da entrevista, ter segurança, e certa informalidade, sem perder de vista os objetivos que levaram à escolha daquele sujeito como fonte para a investigação (DUARTE, 2004).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição dos áudios gravados durante as entrevistas. Segundo Câmara (2013, p. 180) “uma das etapas mais determinantes para quem pretende realizar uma pesquisa é a definição exata das técnicas de coleta e das técnicas de análise dos dados”.

A análise de dados deste estudo foi realizada através da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2016). A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, ou seja, instrumentos metodológicos que se aplicam a conteúdos diversificados, cujo foco de interpretação oscila entre a objetividade e a subjetividade. A análise de conteúdo pode remeter-se à dois objetivos, a superação da incerteza e enriquecimento da leitura, buscando melhorar a compreensão das análises. A partir dos resultados da análise, é possível regressar às causas, ou ainda, aos efeitos das características das comunicações (BARDIN, 2016).

O recurso da análise de conteúdo é substancial em entrevistas, onde visa-se tirar partido de um material qualitativo, ou seja, verbalmente rico e complexo. As etapas para a análise de conteúdo podem ser resumidas em três etapas, às quais foram seguidas para a análise das entrevistas (BARDIN, 2016). Na sequência são melhor explicadas conforme a autora e também, conforme o que fora realizado no estudo:

- 1) A primeira etapa consiste na pré-análise; nesta etapa há a preparação do material, ou seja, antes da análise propriamente dita ocorrer, o material necessita de preparo. Nesta etapa, as entrevistas gravadas são transcritas e as gravações conservadas. Como a pré-análise compreende a fase de organização, é também a etapa onde é realizada a leitura dos dados e são sistematizadas as ideias, estabelecendo os primeiros contatos com os documentos a serem analisados (BARDIN, 2016). Desta forma, foram compreendidas a realização das entrevistas, suas transcrições, armazenamento, assim como leitura dos dados. A pesquisadora optou por sistematizar as ideias através da transcrição de todas

as entrevistas na ferramenta *Microsoft® Office Word*. Após, foram separadas entrevistas de profissionais e puérperas e nomeadas com as siglas propostas. Também foi nesta etapa em que foram separadas as questões de identificação de cada entrevistado.

- 2) A segunda etapa é a exploração do material que pode ser realizada através da operação de codificação, que corresponde a uma transformação dos dados ainda considerados brutos. Uma forma de fazer isto em um estudo qualitativo é através da agregação e classificação, ou seja, é realizada uma categorização, onde são escolhidas inicialmente unidades de registro relacionadas aos objetivos da análise; a unidade de registro é parte da codificação e corresponde ao segmento do conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização. Uma das unidades de registro mais utilizadas é o tema; segundo Bardin (2016, p.135), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. As categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico sendo este agrupamento efetuado conforme características comuns (BARDIN, 2016). Nesta etapa, a pesquisadora optou por grifar em diferentes cores as falas dos participantes que possuíam temas em comum, gerando posteriormente, as categorias do estudo.
- 3) Já a última etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde são realizadas operações estatísticas, estabelecidos quadros de resultados, diagramas, etc., que possibilitem o condensamento das informações fornecidas pela análise, colocando-as em relevo. De forma resumida, nesta etapa é realizada a síntese e seleção dos resultados e feita a interpretação (BARDIN, 2016). Na última etapa, fora optado por recortar as falas realçadas anteriormente com cores e colocá-las em suas devidas categorias, destacando-se as falas mais relevantes e editando-as quando necessárias correções. A partir disso, foram escritos os resultados – ou sintetizados em quadros – e realizada sua discussão com base na interpretação dos dados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, segundo Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A eticidade da pesquisa implica no respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua

vulnerabilidade, assegurando a vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, garantia de que danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012c).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC com o parecer de número 3.094.053 sob CAAE 04556918.0.0000.0121 (ANEXO A). Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo absoluto e as informações obtidas serão utilizadas somente no estudo e nas possíveis publicações.

De forma a manter o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por siglas conforme a categoria que se enquadravam. Para as puérperas definiu-se a utilização da letra “M” de mãe, com a numeração em sequência conforme ordem de entrevistas (exemplo: M1, M2, M3..). Para os técnicos de enfermagem foi utilizado “TE” e numeração (exemplo: TE1, TE2, TE2..); e para os enfermeiros da unidade optou-se por usar o “E” mais a numeração (exemplo: E1, E2, E3..).

A participação no estudo ocorreu de forma voluntária e caso os cidadãos optassem por não participar do estudo ou resolvam a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerão nenhum dano, podendo os entrevistados virem a ser indenizados conforme Resolução nº 466. Não haverá qualquer incentivo financeiro ou ônus com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

A finalidade da pesquisa é contribuir, através do conhecimento gerado, na possibilidade dos hospitais em permitirem maior contato entre bebê e familiares como uma forma de cuidado, beneficiando tanto o RN, quanto mãe, pai, demais familiares e os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos diretamente nos cuidados ao RN. A participação na pesquisa não trará complicações legais e não possui intenção de gerar riscos aos seus participantes. No entanto, riscos não são inexistentes, houve a possibilidade de desconforto do participante frente às questões da entrevista e gravação de áudio, assim como há risco de quebra de sigilo. Para minimizar possíveis desconfortos emocionais, principalmente, a entrevista ocorreu em uma sala privada, os entrevistados puderam utilizar de pausas e tiveram liberdade de não responder certas perguntas, se assim preferissem.

O TCLE (APÊNDICE C) durante o processo de coleta de dados, foi disponibilizado em duas vias, que após assinadas, ficaram uma com a pesquisadora responsável e uma com cada participante.

5 RESULTADOS

De acordo com o artigo 3º da Instrução Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em enfermagem da UFSC, o mesmo será apresentado no formato de relatório de pesquisa/intervenção. Devendo desta forma, apresentar os resultados redigidos no formato de manuscritos (UFSC, 2017).

Sendo assim, os resultados foram divididos em dois manuscritos conforme duas grandes categorias, uma acerca da percepção dos profissionais da equipe de enfermagem e outra da percepção de puérperas quanto à presença de mães e pais no ambiente da UN.

5.1 MANUSCRITO I

PRESENÇA DE MÃES E PAIS NA UNIDADE NEONATAL: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais na Unidade Neonatal de um hospital público. **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Neonatal de um hospital do sul do Estado de Santa Catarina, onde há restrição nos horários de visitas. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais, em janeiro de 2019; a análise foi baseada na Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram cinco categorias: a) Horários de visita; b) Visitação relacionada às atribuições da enfermagem e infecções; c) Método Canguru; d) Acolhimento e empatia; e) Cuidados com o bebê e amamentação. Foi constatado que existem divergências de opiniões quanto à presença dos pais na unidade; os profissionais possuem conhecimento e empatia, contudo relacionam a permanência dos mesmos com infecções e prejuízos na realização dos cuidados. **Considerações finais:** os profissionais muitas vezes adotam uma postura contrária à proposta pelas políticas públicas de saúde; nem sempre há estímulo para participação dos pais no cuidado ao próprio filho. Há necessidade de práticas de educação permanente em saúde; assim como há necessidade de mais estudos focalizados na área.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Equipe de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

O período neonatal compreende recém-nascidos (RN) cuja idade esteja entre zero a 28 dias de vida (BRASIL, 2012a). No entanto, estes RN podem nascer prematuramente, ou seja, considerados como RN pré-termo (RNPT), que são os bebês que nascem antes de completar as

37 semanas de gestação. Estes podem ainda, serem subclassificados com base na idade gestacional em pré-termo extremo (menos de 28 semanas), muito pré-termo (28 a 32 semanas) ou pré-termo moderado/tardio (32 a 37 semanas). Aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuros a cada ano, sendo que este número continua a crescer (WHO, 2018).

Apesar dos RNPT normalmente serem visto como os que mais necessitam de internação em Unidade Neonatal (UN), os RN a termo ou pós-termo também são internados devido a uma série de doenças ou síndromes, incluindo as relacionadas ao metabolismo (como hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, etc.), ao sistema respiratório (taquipneia transitória, bronquiólite, pneumonia, síndrome de aspiração de mecônio, etc.), neurológico, cardíaco e renal (ARAKAKI *et al.*, 2015).

Quando em situações como as expostas acima, em que os RN possuem risco de morte ou estão graves, necessitando de um grande aporte de cuidados especializados em um local que ofereça estrutura com condições adequadas para isto, a UN surge como o ambiente que será responsável por fornecer os cuidados integrais ao bebê buscando sua melhora (DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016).

Diversas portarias, estatutos, leis e políticas regem nosso Estado frente ao cuidado com RN e crianças. Desde 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), disposto em Lei nº 8.069, “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

Com base no exposto em item VI do ECA, tem-se que é recomendado o estímulo para que tanto mães quanto pais atuem como protagonistas nos cuidados de seus filhos quando internados em Unidades Neonatais (BRASIL, 1990). Segundo Ramos *et al.* (2016) a família é considerada como um grupo de indivíduos que devem atuar como unidade de desenvolvimento da criança, pois a mesma é quem possui símbolos, perspectivas e habilidades para a apropriação de papéis.

A portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido, incluindo como uma das diretrizes o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

No cotidiano das unidades neonatais observa-se que o cuidado realizado pelos profissionais tem seu foco na criança e a família acaba por ser, de certa forma, desprezada e rebaixada a uma posição secundária, em um momento que a mesma está passando por uma

experiência difícil e conturbada. Ressalta-se a importância da humanização do cuidado, acolhimento da família e estímulo à participação desta nos cuidados ao bebê em Unidades Neonatais, para que desta forma, o RN não seja visto como um ser isolado, mas sim, pertencente a uma família, a qual deve estar envolvida nos cuidados de seu mais novo membro (BALBINO *et al.*, 2016; ROSEIRO; PAULA, 2015).

A equipe de enfermagem é responsável por um amplo conjunto de ações dentro do ambiente da UN, sendo o cuidado de enfermagem considerado o núcleo do processo de trabalho da equipe. Ao deparar-se então com a equipe de profissionais multidisciplinares que atuam na manutenção da saúde do RN, percebe-se que a equipe de enfermagem é de fundamental importância (SILVA *et al.*, 2017). Assim, faz-se necessário conhecer a percepção da mesma quanto à presença dos pais na UN para que o cuidado ao RN e família sejam cada vez mais aperfeiçoados.

Objetivou-se desta maneira, conhecer a percepção de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais na Unidade Neonatal de um hospital público.

MÉTODO

A presente pesquisa tem cunho descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida no cenário de uma Unidade Neonatal de um hospital localizado no sul do Estado de Santa Catarina, que fornece atendimento de referência ao público materno-infantil para os municípios do sul do Estado. Os horários de visita são restritos a três horários durante o dia, um em cada período (matutino, vespertino e noturno), sendo que, a permanência máxima durante as visitas no setor é de uma hora e 30 minutos.

O estudo contou com um quantitativo total de 15 profissionais da equipe de enfermagem. Destes, quatro possuíam nível superior em enfermagem e 11 possuíam nível técnico. Adotou-se como critério de inclusão, que todos os profissionais tivessem a titulação de nível técnico ou superior em enfermagem e que estivessem trabalhando na UN há pelo menos seis meses, sendo excluídos os que estivessem em férias ou afastados.

A seleção dos profissionais ocorreu através de visitas ao hospital em diferentes turnos, conforme escala de trabalho. A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2019, através de entrevistas semiestruturadas com quatro questões discursivas: Como funciona a visitação de mães e pais ao recém-nascido internado na UN? Você acredita que esse período de tempo é o suficiente? Como você realiza o acolhimento das mães e pais na UN? Você, enquanto profissional da equipe de enfermagem, incentiva as mães e pais nos cuidados ao RN? Como?.

Haviam ainda, alguns questionamentos utilizados para facilitar a identificação das entrevistas e possibilitar o delineamento dos profissionais, acerca de idade, categoria profissional, especialização e tempo de trabalho na Unidade.

Após ser realizado um diálogo com cada participante, a partir da aceitação concedida formalmente pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram aplicadas as entrevistas, que ocorreram de forma privativa em uma sala da unidade. Os áudios das entrevistas foram gravados através de um dispositivo móvel. As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora com duração de aproximadamente quatro minutos.

A análise de dados deste estudo foi realizada através da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2016). Para a análise foram realizadas as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Após a coleta de dados, durante o mês de janeiro e fevereiro de 2019 fora realizada a primeira etapa da análise de conteúdo, ou seja, o preparo dos materiais. Optou-se pelo fim da coleta de dados após verificar-se a saturação dos dados coletados. A segunda etapa da análise, envolvendo a codificação e categorização dos dados, ocorreu nos meses de março e abril enquanto que a terceira etapa, de síntese e seleção dos resultados, teve sua conclusão em junho de 2019.

A partir do exposto, os resultados serão apresentados a seguir conforme a categorização realizada. Utilizou-se o método não naturalista de transcrição, sendo feitas correções gramaticais quando necessário. A transcrição não naturalista tem como foco o discurso verbal. Desta forma, opta-se por omitir elementos idiossincráticos do discurso (AZEVEDO *et al.*, 2017), ou seja, reações e peculiaridades da fala de cada entrevistado.

Durante as transcrições encontram-se também, os erros relacionados à oralidade. Segundo Azevedo *et al.* (2017), o discurso oral é “susceptível a erros gramaticais, sintáticos ou de prosódia (...). Basicamente, há duas opções para lidar com os erros da oralidade: Ignorar ou corrigir”. Neste estudo, as falas foram corrigidas, quando necessário, quanto a erros ortográficos advindos da interferência da oralidade, de forma a não afetar o discurso do entrevistado.

A pesquisa atende aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, segundo Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), possuindo aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa com o parecer de número 3.094.053 sob CAAE 04556918.0.0000.0121. Para manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram codificados por siglas conforme a categoria a qual enquadravam-se. Sendo assim, para os técnicos de enfermagem foi utilizada a sigla “TE” e sequente numeração conforme ordem da entrevista (exemplo: TE1, TE2, TE2..) e

para os enfermeiros da unidade, optou-se por usar a sigla “E” seguida da numeração (exemplo: E1, E2, E3..).

RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram profissionais da equipe de enfermagem; destes, a maioria possuía nível técnico (11) sem demais especializações, com a maioria do sexo feminino (10), sendo apenas um do sexo masculino. A idade média entre os técnicos de enfermagem é de 30.36 anos, com idades oscilando entre 20 e 43 anos. A maioria dos técnicos trabalhavam na UN há mais de dois anos (oscilando entre um e seis anos). Quanto aos profissionais de nível superior, todas as enfermeiras entrevistadas eram mulheres (04) e, ou já tinham especialização, ou estavam realizando alguma (*lato sensu* ou *strictu sensu*). A média de idade entre as enfermeiras é de 27.75 anos, com idades entre 26 e 30 anos. Quanto ao tempo de trabalho na unidade, a oscilação ficou entre um mês e cinco anos. Os dados são apresentados a seguir de forma esquematizada (vide Quadro 1).

Quadro 1 - Perfil dos profissionais da equipe de enfermagem participantes da pesquisa.

Profissional	Idade	Categoria	Especialização	Tempo de trabalho na UN
TE1	26	Técnica de enfermagem	---	Quatro anos e seis meses
TE2	43	Técnica de enfermagem	---	Quatro anos e nove meses
TE3	38	Técnica de enfermagem	---	Dois anos
TE4	42	Técnica de enfermagem	---	Um ano e dez meses
TE5	28	Técnica de enfermagem	---	Quatro anos
TE6	24	Técnico de enfermagem	---	Um ano
TE7	25	Técnica de enfermagem	---	Dois anos e três meses
TE8	23	Técnica de enfermagem	---	Três anos e nove meses
TE9	20	Técnica de enfermagem	---	Um ano
TE10	39	Técnica de enfermagem	---	Um ano e sete meses
TE11	26	Técnica de enfermagem	---	Seis anos
ENF1	26	Enfermeira	Residência em saúde coletiva; pós-graduação em Clínica Médica e Cirúrgica; atualmente fazendo mestrado	11 meses
ENF2	30	Enfermeira	Pós-graduação em Urgência e Emergência; atualmente fazendo pós-graduação em auditoria	Seis meses
ENF3	27	Enfermeira	Atualmente fazendo pós-graduação em Obstetrícia e Neonatologia	Cinco anos
ENF4	28	Enfermeira	Pós-graduação em Enfermagem Neonatal	Oito anos como técnica

Fonte: Elaborado pela autora.

Através da leitura das transcrições, chegou-se à conclusão de que era importante realizar a codificação levantando como unidades de registro os temas que mais apareceram nas entrevistas, como: tempo de visita, trabalho da enfermagem, amamentação, cuidados com o bebê, infecção, acolhimento, Método Canguru. Desta forma, acabaram por emergir cinco categorias: a) Horários de visita; b) Visitação relacionada às atribuições da enfermagem e infecções; c) Método Canguru; d) Acolhimento e empatia; e) Cuidados com o bebê e amamentação.

a) Horários de visita

Ao realizar a primeira pergunta, a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem relatou as determinações de horários de visita, sendo estas três vezes ao dia, no período matutino, vespertino e noturno. Somente uma das profissionais não citou o horário noturno.

Do total de entrevistados, seis ainda citaram que a primeira visita da mãe pode ser a qualquer horário, não sendo obrigatória a primeira visita nos horários previamente determinados. Ainda, dez dos profissionais informaram que duas vezes na semana existem horários extras, para visitas de outros familiares além dos pais.

A partir da questão “Como funciona a visitação de mães e pais ao recém-nascido internado na UN?”, foram selecionadas algumas falas dos participantes que demonstram o exposto acima:

(...) depois da primeira visita, tem os horários certinhos conforme a rotina, de manhã é uma hora de visita entre 11 e meio dia, a tarde é das quatro às cinco e meia, e a noite é das nove às dez horas; e tem um horário na quarta-feira e no domingo que é voltado para outros familiares, tipo os avós querem vir visitar, os tios, os padrinhos, daí tem quinze minutos depois que os pais saem para esses familiares entrarem e visitarem a criança (TE1).

(...) na primeira visita, quando a mãe está internada, a gente orienta que assim que a mãe saia do hospital já pode vir direto, mesmo que não esteja com roupa adequada, a gente deixa entrar como é a primeira visita (...) se necessário, quando os pais moram muito longe, de outro estado ou às vezes até município, a gente tem uma casa de acolhida aqui que acolhe eles (...) (ENF1).

Então, a primeira visita da mãe, depois que ela recebe alta do hospital, ela pode vir qualquer horário (...) (ENF3).

(...) a mãe saindo do hospital ela pode vir qualquer horário, daí é liberado, e é isso, tem os horários para eles virem (...) e eles respeitam bastante isso, os horários (TE11).

Ao realizar a segunda questão da entrevista “Você acredita que esse período de tempo é o suficiente?”, relacionada ao tempo de visitação na unidade, foi possível perceber que nem todos os profissionais conseguiram estabelecer um posicionamento conclusivo se consideram o mesmo suficiente ou não. Dos 15 entrevistados, cinco deixaram mais claro que consideram suficiente e quatro que consideram insuficientes os horários de visitação. Os demais mostraram-

se em situação de dúvida, ou ambiguidade, realizando comparações com o tempo de visitação na visão de profissional da saúde e como mães/pais.

Seguem abaixo algumas falas consideradas substanciais na demonstração de satisfação quanto aos horários:

Eu acredito que seja o suficiente (...), mas claro, para os pais, quanto mais tempo for, melhor, mas para nós profissionais eu acredito que seja suficiente (ENF2).
É um tempo bom eu acho, muito bom (TE8).
É, eu acredito que sim, porque a gente tem os três, três horários durante o dia, então dá para ser organizar para tentar vir (...) (ENF4).

A TE3 demonstra que acredita que os horários são suficientes, pois preocupa-se em como um bebê mais grave poderia impactar negativamente para as mães, caso permanecessem por maior tempo na UN:

Eu acredito que sim. Claro que se o neném tiver melhor, quanto mais contato com a mãe melhor para ele, mas quando tem um neném muito grave também, aquela mãe que fica vendo a criança grave e a dela bem, sei lá o que que fica passando na cabeça dela (...) é bom para as crianças que estão mais estáveis, mas como também é ruim para as mães estarem vendo aquela criança grave (TE3).

Quanto aos profissionais que relataram acreditar que o tempo é insuficiente, seguem algumas falas para exemplificação:

Ah não, por isso que eu me coloco no lugar delas, porque para mim não seria, para mim eu ficaria aqui 24 horas até a minha filha ir embora por exemplo (TE4).
(...) eu acho que não, se colocando no lugar do familiar, eu acho que eles acham pouco tempo, porque querendo ou não quando tu ganhas um bebê tu queres sempre estar do lado dele, é complicado deixar o bebê aqui e ir para casa (...) eu acho que não seria suficiente (...) (ENF3).
Eu acredito que não, para mãe ficar só essas horinhas perto do filho acho que é complicado, assim, mas é o que dá para fazer (TE9).

A TE4 ainda complementou a primeira questão da entrevista com a seguinte fala que se torna relevante na questão de insuficiência do tempo de visitação, pois já teve experiência pessoal na situação de mãe de RN em UN:

(...) faz pouco tempo fui mãezinha de uma prematura, eu acho que seria melhor se aumentassem os horários, sabe, porque eles não perturbam a gente, eles apenas observam, alguns que ficam muito questionando, mas aí a gente coloca regras (...) os pais nesse momento precisam tanto ficar perto, tem uns que moram aqui dentro, bota aí 30, 60 dias, para uma mãe... digamos, é muito tempo (TE4).

b) Visitação relacionada às atribuições da enfermagem e infecções

Nesta categoria, demonstra-se que alguns profissionais relacionaram a visitação à unidade com contaminação, infecções e também, com o trabalho exercido pela enfermagem.

Quanto às funções da enfermagem e rotina da mesma relacionadas à visitação, destaca-se o fato de que seis entrevistados trouxeram em suas falas que a presença dos pais por maior tempo no ambiente da UN poderia vir a atrapalhar a rotina da enfermagem, execução de procedimentos e demais cuidados exercidos pelos profissionais da equipe. Desta forma, destacam-se as seguintes falas:

Por um lado, seria bom aumentar um pouquinho o horário, mas às vezes também tem a parte da enfermagem, tem as medicações para fazer, os procedimentos, daí a gente não faz na presença dos pais, até para não causar meio que um trauma (TE1).
 (...) às vezes a gente coloca biombo, mas elas veem as movimentações da gente e às vezes a gente até suspende a visita quando a criança está muito grave mesmo, de parada essas coisas, daí fica lá fora aquela ansiedade do que que está acontecendo. É complicada essa coisa da visita sim, é complicada, principalmente aqui dentro (TE3).
 Se eu tivesse filho aqui não, mas para a gente é (TE6).
 (...) como dentro da UTI a gente manipula muito as crianças, não o tempo todo, mas a gente está sempre fazendo procedimentos, eu acredito que talvez os pais se viessem em mais momentos pode ser que ficasse ruim para gente conseguir dar atenção qualificada para o bebê (ENF1).
 (...) porque às vezes, tem o trabalho da enfermagem também, assim, então foram estabelecidos os horários para não prejudicar a rotina também (ENF4).

Quanto ao fator contaminação/ infecção as falas selecionadas seguem abaixo:

(...) enquanto está aqui a gente até diz, ah não beija mãe, porque a nossa boca tem muitos bichinhos (...) não precisa estar beijando eu acho, porque eles ficam com a imunidade mais baixa querendo ou não (TE3).
 (...) eu acredito que como a gente tem o funcionamento da UTI que não pode estar abrindo muito, até por risco de contaminação porque eles vêm da rua, por mais que eles passem por um processo de higienização, mas eles não trocam de roupa igual a gente (...) eu acredito que se abrisse mais espaço poderia até se tornar um ambiente assim, mais arriscado para o bebê (...) então, eu acho que seria arriscado aumentar esse horário, que assim seria mais risco para trazer contaminação para dentro da UTI (TE7).
 (...) eles sabem que o risco de infecção é grande, eles estarem entrando e saindo toda hora, então por isso é determinado um horário (...) (TE11).

Dentre as atribuições da enfermagem, estão a comunicação e relação com os familiares dos pacientes. Destacam-se aqui, algumas dificuldades relatadas pelos entrevistados:

(...) são coisas que a gente orienta só que elas não escutam, a enfermeira tem que ir lá e ser mais firme (...) porque elas [mães] não aceitam nossa opinião falando bem a verdade (TE3).
 (...) o médico explica o quadro da criança, porque normalmente quem explica e tira dúvida do quadro da criança é o médico, assim, eu não falo quase nada e se precisa o médico conversa com eles também (ENF1).
 (...) a gente esclarece algumas dúvidas, o que a gente pode falar, porque eles têm bastante costume de perguntar sobre o caso do paciente, só que quem conversa sobre isso é o médico (...) (TE9).
 (...) a gente não dá muita informação sobre o estado do paciente que é mais com o médico, mas a gente sempre tira dúvida porque eles sempre perguntam para gente, perguntam para o técnico, perguntam para o médico, sobre a mesma coisa (...) (ENF4).

c) Método Canguru

Esta categoria foi levantada devido ao fato de muitos profissionais terem comentado acerca do Método. Dos 15 profissionais entrevistados, oito falaram sobre, ou seja, um quantitativo de 53,33%. Seguem algumas falas selecionadas:

A gente faz o Método Canguru também, daí consegue ter bastante contato (...) a gente acaba fazendo para ter o contato pele a pele, até bom para ela na questão do psicológico, porque querendo ou não a criança nasce, toda mãe quer ter a criança no colo, nos braços (TE1).

(...) o contato mesmo é só com pai e mãe que a gente faz, tipo de pôr no colo, mamãe canguru (TE3).

A gente faz canguru também, então se o pacientezinho entubado, o bebê está muito tempo ali, a mãe ainda não pegou, a gente tem todo o cuidado de colocar no colinho dela (ENF2).

(...) a gente prioriza fazer mãe-canguru, com o bebê, e funciona, funciona bem até (...), as mães gostam bastante quando a gente faz esse contato (...) se a criança não está entubada, nada assim, que não tem risco para criança também, a gente bota no colo, para a mãe ver, para mãe sentir (...) (TE7).

d) Acolhimento e empatia

Esta categoria associa-se a terceira pergunta do roteiro semiestruturado da entrevista, que questionou aos entrevistados como realizam o acolhimento dos pais na UN. Na leitura atenta das entrevistas achou-se importante assimilar o acolhimento com a empatia dos profissionais. Destacam-se algumas falas abaixo:

(...) a gente está cuidando dos filhos deles como se fossem nossos, então a gente se apresenta, passa toda a rotina, tenta ter o maior carinho assim, porque a gente tem que se colocar no lugar da mãe, se fosse meu filho ali, a gente ia querer saber como é que está tudo (TE1).

(...) a gente orienta, conversa, (...) dá força, vê que eles são bem carentes, carentes de informação, carentes de ver o bebê (...) eles sofrem muito, e a gente, eu por exemplo, me coloco no lugar deles, porque é muito triste (...) é gratificante, tu ver um bebê que chega aqui mal, mal e ele vai melhorando, melhorando, melhorando, e a carinha, o rosto dos pais assim, cada dia mais feliz (...) (TE4).

(...) a gente procura fazer assim bastante contato entre mãe e filho, pai e filho, para unir bastante eles, até para o bebê sentir, se sentir mais amado, mais acolhido (...) (TE7).

(...) eu passo, sempre no horário das visitas (...) eu sempre estou à beira dos leitos conversando, perguntando se eles estão precisando de alguma coisa (...) (ENF2).

(...) eles chegando aqui a gente orienta a tirarem anel, lavar bem as mãos para entrar, daí a gente põe um avental neles e a gente pergunta, quando não está entubado, se quer pegar no colo (...) (TE11).

e) Cuidados com o bebê e amamentação

Esta categoria surgiu relacionada à quarta questão da entrevista, cuja pergunta feita aos profissionais abordava o incentivo às mães e pais nos cuidados ao RN e, de que forma ocorre.

Destacaram-se aqui as falas referentes aos cuidados, se os pais fazem ou não, o que normalmente conseguem realizar na unidade, assim como a visão da equipe acerca disso:

(...) a gente também cuida da questão da humanização (...) quando os pais vêm assim, dependendo da situação do paciente, que tiver, vamos supor, que já dá para o pai trocar uma fralda, paciente já não está mais entubado (...) oferecemos para eles pegarem no colo (...) quando vem para dar de mamar a gente ajuda (...) para a criança pegar bem a pega, também tem a questão do banho, que muitas vezes eles vêm e dá para eles ajudarem (...) quando tu vais dar banho na criança e convida uma mãezinha para dar junto e um pai, o sorriso deles é imenso (...) (TE5).

Principalmente quando é prematuro, principalmente quando está chegando perto da alta, sempre incentivar a mãe a dar um banho no bebê porque muitas delas são mães de primeira viagem ou o bebê é tão pequenininho que às vezes tem até medo de encostar. Então fazendo com que elas troquem fraldas, fazendo com que elas deem banho, e principalmente no cuidado depois em casa, visita, lavagem das mãos, que isso é bem importante também para bebê que nasce e fica em UTI (...) (ENF3).

No que se refere à amamentação, relacionada aos cuidados com o bebê, envolvendo o binômio mãe-filho, seguem as falas que retratam o tema:

(...) daí a criança já está numa UTI, então para ela a questão do psicológico e questão de produção do leite também e para criança o contato materno, que também ajuda no desenvolvimento e na recuperação da criança (TE1).

E amamentação, a hora que a mãe chega e começa a amamentar, elas começam a ficar nervosas (...) fica calma, tranquila, que vai dar certo (...) tentar aproximar mais o bebê (...) (TE2).

(...) quanto ao cuidado da criança, a gente sempre ensina como amamentar, modo correto de amamentar, tira as dúvidas normalmente quando é a primeira vez da mãe, que a mãe também é o primeiro bebezinho, a gente fica junto com a mãe até a criança sugar bem, fala para ela que tem que ter paciência, que é assim mesmo, que no início é difícil (ENF1).

Após validação das categorias encontradas, abriu-se espaço para realização da discussão. Ressalta-se aqui ainda, um fator relevante encontrado durante a elaboração dos resultados, referente à citação de mães e pais. Na maior parte das falas dos profissionais os mesmos citam somente as mães, sendo que a palavra “pai” aparece somente 14 vezes, sendo citada por nove profissionais. As referências à figura paterna se deram ao citarem que os horários de visita diários são somente para pais e mães, mas também foi citado por uma enfermeira que a mesma realiza orientações para o pai, enquanto que quatro profissionais técnicos citaram o pai no âmbito do contato com o bebê e realização de cuidados.

DISCUSSÃO

Na UN em que foi realizado o estudo, a visitação inicia com o nascimento do bebê, onde, segundo os profissionais, a mãe poderá realizar a visita ao RN em qualquer horário. Após isto, os pais têm três horários fixos para visitação, um no período da manhã das 11h00 às 12h00, um à tarde das 16h00 às 17h30 e um horário no período noturno das 21h00 às 22h00, totalizando

um máximo de três horas e meia diariamente. Demais parentes, adultos, podem realizar a visita ao bebê duas vezes na semana durante 15 minutos, sendo permitidos no máximo dois visitantes ao mesmo tempo.

A restrição de horários para a visitação ocorre em diversas unidades neonatais no Brasil, principalmente devido a questões de inadequações quanto à uma infraestrutura que acolha e comporte os pais, necessitando de recursos humanos e materiais para conformidade das unidades (COELHO *et al.*, 2018). Segundo o 11º artigo da Portaria nº 930 de 2012, as UN deverão cumprir alguns requisitos de humanização, incluindo a garantia de livre acesso e permanência aos pais; assim como a garantia de visitas programadas dos familiares (BRASIL, 2012a).

Mesmo com as preconizações do Ministério da Saúde que trazem que as UN devem fornecer estrutura adequada para a permanência dos pais com os seus filhos, é possível perceber que nem todos os profissionais da equipe de enfermagem demonstram que a presença dos pais na unidade sem restrição de horários, seja de um todo benéfica.

Os profissionais que acreditam que o tempo seja insuficiente, acabam por apontar dificuldades na presença dos pais relacionando-a ao trabalho da enfermagem ou dizer que é deste modo pois é o que conseguem fazer. Alguns dos profissionais creem que os horários estabelecidos são suficientes, exemplificando que se houvesse um horário maior, isto poderia causar impacto negativo nas mães, que ficariam vendo os bebês internados em estado grave.

Todavia, alguns profissionais trouxeram em seus relatos a demonstração de saberem que quanto mais tempo os pais passem com os filhos, melhor; ou colocam-se no lugar dos mesmos, dizendo que se a internação fosse do seu próprio filho, iriam querer que os horários fossem maiores ou sem uma determinação prévia.

A internação do RN na UN é uma situação inesperada, estranha e assustadora para toda a família, mas principalmente para os pais. Utilizando as mães como exemplo, o fato de estarem na UN, enquanto deveriam estar cuidando de seus filhos em suas casas, faz com que muitas não se adequem à função da maternagem, tendo assim, dificuldade de reconhecer-se como mães. Entretanto, os sentimentos maternos em relação ao bebê podem ser atenuados com a oportunidade, ou não, da mãe participar, de alguma forma, dos cuidados ao filho (CARTAXO *et al.*, 2014).

Intervenções que estimulem o vínculo entre pais e filhos, como o livre acesso e a permanência dos pais na unidade neonatal, o incentivo para o contato físico, a realização de cuidados precoces, a execução de grupos e redes de apoio aos pais e familiares, assim como a

tomada de decisão compartilhada, auxiliam para que a experiência da internação seja vista de forma construtiva (CARTAXO *et al.*, 2014). No relato dos profissionais é possível perceber algumas iniciativas que já vem sendo adotadas.

Como visto, a permanência dos pais na UN acabou por ser relacionada às atribuições da equipe de enfermagem. Os profissionais acreditam que realizar procedimentos nos bebês na frente dos pais, ou enquanto os mesmos aguardam, pode gerar ansiedade, atrapalhando a rotina da equipe na realização de cuidados ao bebê.

Historicamente, os pais podiam visitar seus filhos apenas por breves momentos, devido a grande preocupação com infecções, com a privacidade e espaço. No entanto com os benefícios que foram descobertos ao longo do tempo, com distintos estudos na área, alterações de políticas permitiram as visitas mais longas para as famílias, até incluir o acesso 24 horas, que como já visto, é considerado um direito no Brasil (COATS *et al.*, 2018).

A opinião dos profissionais pode nem sempre demonstrar àquilo que receiam, mas somente o que acham que afetará o outro. Um exemplo de uma provável causa que pode fazer com que os profissionais considerem a presença dos pais 24h na unidade como um desafio para a enfermagem é a necessidade de atenção dupla quando a família está presente. Os cuidados não serão mais voltados somente ao RN, mas também à família, que fará questionamentos e precisará de atenção inclusive em momentos em que a assistência estará sendo prestada ao bebê (COATS *et al.*, 2018).

Além da execução de técnicas, uma das importantes funções que acaba por atribuir-se à equipe de enfermagem consiste na comunicação, seja com os profissionais que compõe a equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, pacientes, familiares ou visitantes. Como é dito no estudo de Gambarelli e Taets (2018), a relação enfermeiro-paciente é pautada essencialmente na comunicação, que pode consistir em suas formas verbais e/ou não verbais, sendo a mesma entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas.

No caso da assistência ao RN internado, a comunicação com os pais torna-se vital para um bom atendimento. Alguns dos profissionais relataram em suas entrevistas a diferença de aceitação dos pais quando as orientações são realizadas pela equipe técnica e pelas enfermeiras, mas teve ainda, aqueles que atribuíram o ato de comunicar atualizações sobre o caso do paciente somente à equipe médica. O enfermeiro deve possuir conhecimento do quadro do bebê com ênfase nos cuidados de enfermagem, sendo o acesso a essas informações, direito dos pais. Estabelecer uma comunicação efetiva parte também de expressar o conhecimento científico da

enfermagem, porém quando esta atividade é delegada apenas ao profissional médico, o enfermeiro perde espaço e visibilidade perante os pais e demais membros da equipe, limitando sua atuação.

Estudos corroboram com o dito acima, quando afirma-se que a assistência de enfermagem ao neonato envolve não somente a execução adequada das técnicas de enfermagem, mas também o conhecimento acerca das patologias mais frequentes e das necessidades sociais e emocionais do RN e de sua família. Fazendo assim, com que o binômio família-bebê seja visto como uma unidade única de cuidado (SILVA *et al.*, 2018).

Além da necessidade de boa comunicação e relação com os demais profissionais, na UN exige-se adequada comunicação com os pais, consistindo em um cuidado essencial para os mesmos durante a hospitalização do seu filho. Os profissionais da enfermagem acabam por muitas vezes serem àqueles que irão demonstrar compreensão e empatia, auxiliando no enfrentar da situação pela qual os pais estão passando. Entretanto, é possível que a comunicação seja estressante e exigente para ambos, uma vez que estão lidando com sentimentos de descrença, decepção, raiva, dentre outros (BRY *et al.*, 2016).

A presença dos pais também foi frequentemente associada pelos funcionários como causa de infecções em RN relacionando ao fato dos RN terem baixa imunidade, ao próprio ambiente da UN, à contaminação provinda do ambiente externo e desta forma, com as entradas e saídas dos pais. De acordo com Paula, Salge e Palos (2017), é verídico que o RN nasce com maior susceptibilidade às infecções pois seu sistema imunológico é naturalmente imaturo e o processo de colonização, que é extremamente importante, inicia no momento do parto e continua através do contato do bebê com os familiares, profissionais de saúde e inclusive objetos utilizados na assistência.

A infecção na UN está diretamente ligada com o peso do RN ao nascimento, frequência de procedimentos invasivos e prolongada permanência na unidade. No entanto, sabe-se que a realização de contato precoce com a mãe e a prática do aleitamento materno protege o bebê contra a colonização dos germes hospitalares. Desta forma, preconiza-se o estímulo ao contato com os pais e aleitamento, porém com devidas medidas de higiene de mãos pelos profissionais e pais, uso adequado de equipamentos de proteção individual, entre outras medidas (DANIEL; SILVA, 2017; PAULA; SALGE; PALOS, 2017).

Ao falar de contato com os pais, devemos nos atentar também ao Método Canguru (MC). A Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do MC. Este é um modelo de atenção perinatal voltado para a

atenção qualificada e humanizada, contando com estratégias que favorecem o cuidado ao RN e à sua família. O método traz como vantagens a redução do tempo de separação entre mãe/pai e filho, facilitação do vínculo afetivo, estímulo ao aleitamento materno, possibilita ao RN adequado controle térmico, assim como redução do estresse e dor, e contribui para a redução do risco de infecção hospitalar (BRASIL, 2007; BRASIL, 2017).

Desta forma, é importante salientar algumas informações. Uma delas, é que o MC envolve três etapas. A primeira, tem seu início no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados seguido da internação do bebê em uma UTIN ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). A segunda etapa do método deverá ser realizada na chamada Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), com especial atenção ao aleitamento materno. Para que o RN seja elegível para esta etapa, o mesmo deverá apresentar alguns critérios. Já a terceira etapa inclui a alta hospitalar e acompanhamento de forma compartilhada pela equipe de saúde do hospital e da atenção básica, incluindo critérios para mãe, RN e equipes para que a mesma possa ser iniciada – nesta etapa, a mãe permanece ao lado do RN durante todo o período (BRASIL, 2017).

Quanto à nomenclatura, em 1979 em Bogotá, na Colômbia, foi desenvolvido o Método Mãe Canguru - MMC como uma alternativa de cuidado ao RN. Desde então, o mesmo vinha sendo desenvolvido em vários países. Em 1986 os benefícios desta estratégia foram validadas com sucesso por meio da “Fundação Canguru” que modificou a nomenclatura do “Método Mãe Canguru” para “Método Canguru” (MENDES *et al.*, 2015).

Constatou-se a partir do que foi falado pelos profissionais, que há uma confusão acerca do assunto. Os mesmos abordam termos como “Método Canguru”, mas também “mamãe canguru”, “canguru”, “mãe canguru”, costumando relacionar a execução do mesmo somente ao contato pele a pele e colocação do RN no colo dos pais. Pode-se compreender então, que o hospital estudado não realiza o MC, mas somente a posição canguru, o que pode ser explicado, por exemplo, pois há um documento no hospital que fala acerca do “Método Mãe Canguru”, estimulando a colocação do RN na posição vertical contra o peito desnudo da mãe ou pai para maior participação dos pais no cuidado ao RN. Demonstrando assim, certa necessidade de atualização por parte do estabelecimento de saúde e seus profissionais. Contudo, os profissionais fazem menção ao MC como uma importante estratégia para inclusão dos pais, apesar da confusão entre os termos.

Quando falamos da equipe de enfermagem, é importante salientar também, que esta é uma categoria que, para um bom atendimento, exige que haja empatia com o outro. De acordo

com Gambarelli e Taets (2018), por serem os profissionais que estão mais próximo da população, os mesmos têm papel fundamental em enxergar além do óbvio, vendo o paciente de forma completa, podendo utilizar a empatia para fazer a diferença na vida das pessoas que atendem. Uma das categorias levantadas neste estudo identificou que alguns profissionais demonstraram através de suas falas que exercem empatia, pois colocam-se no lugar dos pais imaginando àquilo pelo que estão passando, algo de extrema relevância em uma UN, para que seja estabelecida uma relação afetuosa entre a equipe e seus clientes.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (2013, p. 7), “acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. Desta forma, o acolhimento deve sustentar a relação entre os serviços de saúde e seus usuários, sendo construído de forma coletiva, objetivando a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo. O acolhimento deve ser entendido como diretriz dos modos de se produzir saúde e também, como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010).

No entanto, ao responder o questionamento feito, muitos profissionais demonstraram dúvida quanto ao significado do acolhimento na pergunta feita, trazendo como resposta que o realizavam através de conversas com os pais, de explicações e da realização de orientações para a entrada na unidade, demonstrando certa fragilidade dos profissionais em relação ao conceito do acolhimento como diretriz para a humanização.

De acordo com Veronez *et al.* (2017), o acolhimento pode ser visto como premissa da assistência humanizada e da participação da equipe multiprofissional na valorização da permanência e promoção da participação da família/mãe no cuidado. A assistência centrada no ensino-aprendizagem da família auxilia no resgate da autoestima materna, transformando a experiência da hospitalização do RN em um exercício de superação.

Ao questionar se os profissionais incentivam as mães e pais nos cuidados ao RN, chegamos em algumas controvérsias. Muitos profissionais falaram que incentivam principalmente cuidados como a troca de fralda e realização do banho, mas também incentivam a conversa entre os pais e bebê, estimulam o auxílio na dieta, corte de unhas do bebê.

Entretanto, alguns profissionais trouxeram à questão dos cuidados relacionados diretamente à alta hospitalar ou necessidade dos cuidados em casa, o que deve ser repensado, pois o incentivo à realização de cuidados ao RN durante toda a internação na UN pelos pais é de extrema importância. Conforme He *et al.* (2018) apoiar os pais no cuidado aos bebês pode ainda, melhorar a qualidade do atendimento ao neonato. Portanto, espera-se que a equipe opte

por cuidados centrados na família e integre os pais nos cuidados ao RN e em tomadas de decisão.

No ambiente da UN, a acessibilidade dos pais pode ser comprometida quando estes são incapazes de cuidar diretamente de seus bebês. Isto pode ocorrer devido ao quadro clínico do RN, limitações impostas pelas intervenções e rotinas estabelecidas na unidade, pela distância que os pais devem percorrer até hospital, ou ainda, devido às responsabilidades domésticas que os mesmos possuem (ROQUE *et al.*, 2017).

Quanto à amamentação, este foi um dos pontos que os profissionais ponderaram no quesito de cuidados ao bebê. A equipe de enfermagem é àquela que está em contato direto com os familiares na maior parte do tempo, e desta forma, se torna responsável por auxiliar no aleitamento materno, ensinando para a mãe a forma correta da pega, tirando dúvidas, ensinando técnicas de ordenha e principalmente incentivando a mãe mesmo frente ao nervosismo/ansiedade.

Os esclarecimentos a respeito do aleitamento fazem parte dos cuidados de enfermagem. O leite materno contém uma concentração de macronutrientes e micronutrientes como proteínas, gorduras e água, específica para a idade gestacional do neonato, auxiliando não somente na nutrição do RN mas também no combate às infecções e regulando/melhorando os sistemas fisiológicos da mãe e do bebê. O aleitamento na UN é uma prática dificultosa devido à diversos motivos, mas deve ser incentivado sempre que possível. Quando o RN apresenta dificuldades para sugar, por exemplo, cabe a equipe de enfermagem auxiliar na ordenha mamária, o que auxiliará o binômio mãe-bebê, mantendo a produção de leite (CHERUBIM *et al.*, 2018; GOVONI *et al.*, 2019). Frente ao exposto, a mãe não possuir livre acesso à unidade prejudica a amamentação.

Outro fator levantado com os resultados foi que os profissionais citaram em maior parte das vezes a mãe nas respostas à entrevista, sendo esta sempre colocada em foco. A figura paterna foi poucas vezes citada, sendo que a mesma deve ser vista e tratada com similar importância pela equipe de enfermagem, além de ser necessário incentivar sua presença, visto que também sofre com a internação do RN; o pai necessita de auxílio na promoção de afetividade e vínculo, deve ser estimulado a manter contato pele a pele e realizar os cuidados com o bebê, para assim, exercer seu papel de figura paterna e criar laços com seu filho, auxiliando ainda, no desenvolvimento do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo tornou-se perceptível que os profissionais da equipe de enfermagem possuem em sua maioria, uma opinião acerca da presença das mães e pais no ambiente da UN formada com base em suas experiências, evidenciando preocupação frente à execução de procedimentos e cuidados de enfermagem, assim como quanto ao risco de infecções, adotando uma postura contrária àquela proposta pelas políticas públicas de saúde adotadas no Brasil.

Demonstra-se dessa forma, que os mesmos acabam por valorizar mais a execução dos cuidados com tranquilidade e sem demandas comunicacionais, do que adotar o livre acesso e garantia de permanência aos pais dentro da UN, prejudicando assim, a oferta de atenção à família e a assistência humanizada ao neonato.

Pode-se perceber pelas falas dos profissionais, que a presença dos pais por maior tempo, dificultaria o fazer em enfermagem. Porém, cabe salientar que, neste mesmo Estado, há 190 km de distância do hospital pesquisado, existem exemplos de hospitais que seguem o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ao permitir a presença dos pais junto de seus bebês sem limite de horários, humanizando a assistência nas UN. Sugere-se então, o intercâmbio de experiências entre esses profissionais e os locais de atendimento em saúde, para a sensibilização dos profissionais e seus gestores para mudanças.

Contudo, os profissionais mostram-se empáticos e demonstram conhecimento acerca da importância da presença dos pais no ambiente de internação junto ao bebê. Desta forma, evidencia-se uma ambivalência por parte dos profissionais da enfermagem quanto aos direitos dos pais de possuírem livre acesso e garantia de permanência na unidade; não havendo ainda, estímulo de todos os profissionais para participação e promoção do protagonismo dos pais no cuidado ao próprio filho. Sendo que, quando há referência aos “pais”, devemos entender como ambas as figuras que podem estar presentes junto com o bebê em sua parentalidade, seja a figura materna ou paterna; não devendo haver foco somente na mãe.

Assim, a presente pesquisa, através da literatura e de seus resultados, gera subsídios para a realização de práticas de educação permanente em saúde no âmbito da hospitalização do RN; para a necessidade de adequações na infraestrutura das UN do país; assim como para realização de novos estudos focalizados na área da Enfermagem Neonatal.

REFERÊNCIAS

ARAKAKI, Vanessa da Silva Neves Moreira *et al.* Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary integration about update newborn position in the neonatal intensive care

unit. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 28, n. 3, p.437-445, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.ao02>. Acesso em: 07 abr. 2019.

AZEVEDO, Vanessa *et al.* Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 14, p.159-168, 22 set. 2017. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv17018>. Acesso em 06 abr. 2019.

BALBINO, Flavia Simphronio et al. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.l.], v. 6, n. 1, p.84-92, 30 mar. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216340>. Acesso em: 19 abr. 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016, 280 p.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Brasília], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3e_d.pdf. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília]: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República

Federativa do Brasil, Brasília, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 set. 2018.

BRY, Kristina *et al.* Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 105, n. 4, p.397-406, 21 jan. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/apa.13295>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CARTAXO, Laurita da Silva *et al.* Experience of mothers in neonatal intensive care unit. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.551-557, ago. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15422/11664>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CHERUBIM, Daiani Oliveira *et al.* The nursing care meanings to mothers aiming at the lactation maintenance in a neonatal intensive care unit. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.900-905, out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.900-905>. Acesso em: 26 maio 2019.

COATS, Heather *et al.* Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. **American Journal Of Critical Care**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.52-58, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018353>. Acesso em: 26 maio 2019.

COELHO, Aline de Souza *et al.* Equipe de Enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. **Facema: Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão**, [S.l.], v. 4, n. 1, p.873-877, mar. 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/381/176>. Acesso em: 25 maio 2019.

DAMIAN, Angelica; WATERKEMPER, Roberta; PALUDO, Crislaine Aparecida. Perfil de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308/204>. Acesso em: 07 abr. 2019.

DANIEL, Victoria Pereira; SILVA, Jannaina Sther Leite Godinho. A enfermagem e sua colaboração na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Pró-universus**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.3-7, jun. 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/687>. Acesso em: 26 maio 2019.

GAMBARELLI, Samyra Fernandes; TAETS, Gunnar Glauco de Cunto Carelli. A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 17, n. 4, p.394-400, 28 set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i4.1258>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GOVONI, Laura *et al.* Breastfeeding pathologies: analysis of prevalence, risk and protective factors. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, [S.l.], v. 90, n. 4-, p.56-62, 28 mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8240>. Acesso em: 02 jun. 2019.

HE, Shi-wen *et al.* Impact of family integrated care on infants' clinical outcomes in two children's hospitals in China: a pre-post intervention study. **Italian Journal Of Pediatrics**, [S.l.], v. 44, n. 1, p.1-7, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-018-0506-9>. Acesso em: 26 maio 2019.

LORENZINI, Elisiane; COSTA, Tatiane Costa da; SILVA, Eveline Franco da. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p.107-113, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000400014>. Acesso em: 26 maio 2019.

MENDES, Gabrielle Visgueira Soares *et al.* Kangaroo Care Method at Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Enferm UFPI**, [S.l.], p.68-74, dez. 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4958/pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

PAULA, Angélica Oliveira; SALGE, Ana Karina Marques; PALOS, Marinésia Aparecida Prado. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.523-536, jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238041>. Acesso em 20 jun. 2019.

RAMOS, Daniele Zuba *et al.* A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 29, n. 2, p.189-196, 30 jun. 2016. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p189>. Acesso em: 19 abr. 2019.

RIBEIRO, Catarina Renata *et al.* Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.l.], série IV, n. 4, p.137-46, mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv14023>. Acesso em: 18 jun. 2019.

ROQUE, Ariane Thaise Frello *et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 46, n. 4, p.576-587, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ROSEIRO, Cláudia Paresqui; PAULA, Kely Maria Pereira de. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos de Psicologia (campinas)**, [S.l.], v. 32, n. 1, p.109-119, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000100010>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SILVA, Isabella Navarro *et al.* Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 21, n. 4, p.1-8, 19 out. 2017. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0369>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SILVA, Luiz Henrique Ferreira da *et al.* Permanent Education in a neonatal unit from Culture Circles. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 3, p.1408-1414, 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0587>. Acesso em: 26 maio 2019.

VERONEZ, Marly *et al.* Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p.1-8, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>. Acesso em: 20 jun. 2019.

WHO - World Health Organization. **Preterm birth**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em 07 abr. 2019.

5.2 MANUSCRITO II

PRESENÇA DE MÃES E PAIS NO AMBIENTE DA UNIDADE NEONATAL: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de puérperas acerca da presença das mães e pais no ambiente da Unidade Neonatal. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Neonatal de um hospital localizado no sul do Estado de Santa Catarina, onde os horários de visita ao recém-nascido são restritos. A coleta e análise de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019, através de entrevistas semiestruturadas com 8 puérperas. **Resultados:** emergiram três categorias: a) Visita à Unidade Neonatal; b) Relações com os profissionais de saúde; c) Sentimentos maternos em relação à hospitalização na UN. As puérperas demonstraram o despertar de diferentes sentimentos e emoções com a internação de um filho e ficou perceptível que se sentem satisfeitas em um geral com o tratamento oferecido na unidade e com os horários de visita existentes no hospital. **Considerações finais:** é sabido que a internação de um filho é um acontecimento inesperado pelos pais. A puérpera tem seu papel de maternagem afetado. Com o auxílio da equipe de enfermagem na realização de orientações acerca de seus direitos e inclusão os pais nos cuidados ao bebê, podem ser minimizados os efeitos da hospitalização, mostrando a necessidade da sensibilização e capacitação dos profissionais para isto.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

Os primeiros 28 dias de vida de um recém-nascido (RN) são considerados de fundamental importância pois este período, denominado como período neonatal, é considerado o mais vulnerável para a sobrevivência. Muitos bebês acabam por precisar de internação hospitalar e as causas são as mais diversas. No entanto, as causas que se sobressaem nos estudos acerca de motivos de internação dos RN incluem doenças respiratórias e a prematuridade (UNICEF, 2017; DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016). Essas e demais causas acabam por levar à necessidade de cuidados especializados para que o RN possa obter auxílio respiratório, nutrição, aumento de peso, dentre outras necessidades.

As Unidades Neonatais (UN) de acordo com a Portaria nº 930 de 2012, compreendem um serviço de internação que tem como objetivo responsabilizar-se pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Cada Unidade Neonatal deve ser dotada de uma

estrutura que forneça condições técnicas apropriadas para realizar uma prestação de assistência especializada, o que inclui adequações quanto às instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, sendo que as unidades são divididas de acordo com as necessidades do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) que é ainda classificada em duas tipologias (BRASIL, 2012).

Quando um RN necessita de internação hospitalar em uma UN, os pais e o bebê experienciam uma separação que muitas vezes não era aguardada e, que pode perdurar por semanas ou até mesmo meses (FEELEY *et al.*, 2016).

A Lei nº 8.069 (1990) estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, sendo dever da família, comunidade, sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação dos direitos das crianças e adolescente, o que inclui o direito à saúde e à convivência familiar (BRASIL, 1990). Em art. 12 do ECA, alterado pela Lei nº 13.257, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, é dito que estabelecimentos de atendimento à saúde como as unidades neonatais, frente à internação de criança ou adolescente, deverão propiciar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável (BRASIL, 2016).

De acordo com o estudo de Raiskila *et al.* (2017) realizado com UN em países europeus, nas unidades que oferecem estrutura adequada para que ao menos um dos pais possa pernoitar junto ao seu filho durante a internação, há maior proximidade entre os pais e o bebê.

O estudo de Coats *et al.* (2018) demonstra que o fato de ter as famílias constantemente à beira do leito oferece mais oportunidades para o estabelecimento de confiança e de um bom relacionamento entre enfermeiros e famílias, possibilitando a inclusão desta no cuidado de seus próprios filhos, como por exemplo, na troca de fraldas, banhos ou alguns procedimentos, permitindo que estes assumam novamente os papéis parentais que os eram concedidos.

O período pós-parto compreende um momento de crise para mãe, pai e família devido às mudanças físicas, emocionais, bem como àqueles referentes à estrutura familiar que terá de passar por adaptações (LAELA; KELIAT; MUSTIKASARI, 2018). Desta maneira, já se é reconhecido que a separação entre o binômio mãe-bebê tem um profundo efeito negativo sobre a estabilidade fisiológica do bebê, bem como no bem-estar psicossocial e no desenvolvimento cerebral do mesmo. Mas da mesma forma, sabe-se que os efeitos do nascimento prematuro ou da hospitalização de um recém-nascido doente não são apenas sentidos pelos RN, mas também pelos pais e demais familiares (CRAIG *et al.*, 2015).

Após o nascimento do bebê, é possível que os pais venham a adoecer, principalmente quando o mesmo é prematuro e necessita de internação na UN; os mesmos podem sofrer de ansiedade e depressão pós-parto. Segundo Laela, Keliat e Mistikasari (2018) a adaptação ao período puerperal pode ser afetada quando a mãe não recebe apoio suficiente, por exemplo. Os sintomas de um quadro de adoecimento serão apresentados em forma de tristeza, choro fácil, sentimento de incapacidade de tratar o bebê, distúrbios do sono e na alimentação, entre outros.

Diversos estudos reconhecem a relevância da formação dos vínculos afetivos entre pais e bebês na UN para o desenvolvimento global do RN. O envolvimento da família é considerado de suma importância para o estabelecimento de efeitos potencialmente positivos nas esferas da saúde física, e no desenvolvimento cognitivo e psicossocial do bebê (SCHAEFER; DONELLI, 2017; CRAIG *et al.*, 2015).

Objetivou-se assim, conhecer a percepção de puérperas acerca da presença das mães e pais no ambiente da UN.

MÉTODOS

O manuscrito trata-se de uma pesquisa de método descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um hospital público, localizado no sul do Estado de Santa Catarina. A cidade em que o hospital está localizado possui população estimada de 213 mil habitantes (IBGE, 2018).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2019), este estabelecimento possui atualmente treze leitos de UTIN tipo II, três leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e dez leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

As visitas aos RN funcionam a partir de horários restritos no período da manhã, tarde e noite. No período vespertino é quando os visitantes (mães e pais) conseguem permanecer mais tempo com o bebê pois podem ficar na unidade durante uma hora e 30 minutos.

Para esta pesquisa, foram estabelecidos como critérios de inclusão, que participariam do estudo puérperas que fossem de maioria (idade igual ou superior a 18 anos) e que tivesse vivenciado a internação do filho na UN investigada. Frente ao baixo número de internações no período de coleta, foram incluídas no estudo duas puérperas cujos bebês haviam recebido alta recente da UN e estavam na unidade de pediatria. Além disso, como viés da pesquisa, nem todos os bebês no momento da coleta eram considerados ainda recém-nascidos, mas foram internados em seus primeiros 28 dias de vida ou havia internação anterior compreendendo o

período neonatal. Desta forma, foram compreendidas no estudo um total de oito puérperas. Ressalta-se que todas as puérperas convidadas aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2019, durante diferentes períodos do dia, através de entrevistas semiestruturadas com quatro questões discursivas e algumas para delineamento do perfil das mulheres. A entrevista englobava as seguintes questões: Como funcionam os horários de visita ao seu filho na UN?; Você foi orientada sobre as rotinas da UN? Em que momento?; Como é a sua relação com a equipe profissional da UN?; Fale sobre a sua experiência na UN desde a internação até hoje.

Cada puérpera foi questionada quanto ao interesse em participar do estudo, com uma breve explicação e, após aceitação concedida através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram aplicadas as entrevistas, gravadas com aparelho móvel, que ocorreram individualmente em uma sala, propiciando privacidade para as mães. As entrevistas foram aplicadas pela própria pesquisadora, com duração média de dois minutos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, aprovado com o parecer de número 3.094.053 sob CAAE 04556918.0.0000.0121. Por ocasião da publicação dos resultados, o anonimato das participantes foi garantido através da substituição de seus nomes pela utilização da sigla “M” de mãe, com a numeração em sequência conforme ordem de entrevistas (exemplo: M1, M2, M3..).

A análise de dados do presente estudo foi realizada através da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2016), cujo foco de interpretação oscila entre a objetividade e a subjetividade, o que identificou-se ser imprescindível para a interpretação das entrevistas realizadas, com o recurso à análise de conteúdo mostrando-se substancial em entrevistas, pois visa-se tirar partido de um material qualitativo, ou seja, verbalmente rico e complexo (BARDIN, 2016).

Foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação, de acordo com Bardin. Na primeira etapa ocorreu a organização, o preparo dos materiais; as entrevistas gravadas foram transcritas e fora feita a leitura dos dados e sistematização de ideias (BARDIN, 2016).

Na exploração do material, utilizamos da codificação, mais especificamente utilizando da categorização, reunindo elementos conforme características em comum - denominados de unidades de registro, cuja unidade mais utilizada é o tema. E na última etapa fora realizada a síntese e seleção dos resultados, assim como a devida interpretação de forma a destacar os dados relevantes encontrados com a pesquisa (BARDIN, 2016).

Após a coleta de dados, durante o mês de janeiro e fevereiro fora realizada a primeira etapa da análise de conteúdo. O fim da coleta ocorreu ainda em janeiro após realização da transcrição das entrevistas, onde foi possível verificar a saturação dos dados, identificada através da repetição dos mesmos nas falas das mães entrevistadas. A segunda etapa da análise ocorreu no mês de março e abril enquanto que a terceira etapa finalizou-se em junho de 2019.

RESULTADOS

Foram levantadas informações das mulheres participantes da pesquisa através de questões que constavam em roteiro semiestruturado e que foram abordadas no início das entrevistas. Perguntou-se às puérperas suas idades, escolaridade, estado civil (com companheiro ou sem), ocupação, quantidade de filhos, se algum outro filho havia sido internado em UN e o tempo atual de internação do RN na UN.

Os dados referentes às idades, quantidade de filhos e tempo de internação do RN na UN encontram-se sistematizados no quadro abaixo.

Quadro 2 - Dados das puérperas participantes da pesquisa.

Puérpera/mãe	Idade	Ocupação	Quantidade de filhos	Tempo de internação do RN na UN
M1	31	Auxiliar administrativa	Três filhos	16 dias
M2	30	Dona de casa	Dois filhos	Cinco dias
M3	20	Dona de casa	Dois filhos e um aborto	Um dia (segunda internação)
M4	45	Auxiliar administrativa	Três filhos	Um dia
M5	22	Dona de casa	Dois filhos	Sete dias (segunda internação)
M6	32	Auxiliar de ensino	Dois filhos	23 dias
M7	18	Dona de casa	Um filho	17 dias
M8	41	Babá	Dois filhos	21 dias

Fonte: Elaborado pela autora.

Com estas informações foi possível perceber que a idade das mães oscilou entre 18 e 45 anos, com uma média de 29,87 anos. Apenas uma das mulheres era primípara, sendo esta a mais nova; 87,5% das mulheres tinham dois filhos ou mais. Em relação ao tempo de internação do RN na UN, os bebês estavam/permaneceram internados entre um a 23 dias.

A partir das demais questões que foram feitas, observou-se que a maioria das mulheres possuíam companheiro (7), apenas uma delas relatou não possuir. De um total de oito mulheres entrevistadas, sendo que sete eram múltíparas, três tiveram experiência com outros filhos internados em UN e quatro delas não haviam passado pela experiência ainda. Quanto à escolaridade, esta oscilou de 7ª série até ensino superior completo (2).

A partir disso gerou-se três categorias: a) Visita à Unidade Neonatal; b) Relações com os profissionais de saúde; c) Sentimentos maternos em relação à hospitalização na UN.

a) Visita à Unidade Neonatal

A partir da primeira questão realizada na entrevista, foi possível identificar qual era o conhecimento das mães acerca dos horários de visita ao bebê na UN. Desta forma, são demonstradas abaixo algumas falas consideradas representativas:

Eles têm três horários, daí eu venho, na verdade eu venho quando dá. É uma hora [de visita]. Daí tem uma hora às 11 até meio dia (...) uma hora e meia no caso das quatro

às cinco e meia, e depois tem a noite que eu venho das nove às dez. São esses horários. Bem bom (M1).
 Vem de manhã das dez às 11, aí depois vem as quatro até às cinco e meia, aí a noite das nove às dez, é isso, até, segunda a domingo. Aí depois tem os horários da visita [de outros familiares] que é quarta e domingo (M3).
 É das 11 ao meio dia, das quatro às cinco e meia e das nove às dez da noite (M7).

b) Relações com os profissionais de saúde

Ao questionar acerca da orientação quanto à rotina da unidade e sobre o relacionamento com a equipe profissional, ficou perceptível que todas as mães julgaram positiva a relação com os profissionais, identificados como da equipe de enfermagem conforme ações citadas. Seguem as falas destacadas:

(...) primeiro dia já fui orientada a tudo desde a chegada até quando eu fui tirar o leite
 (...) elas são muito boas para mim, não tem o que falar (...) elas ajudam muito a gente, porque a gente precisa agora de apoio, a gente que está vendo o filho na situação (...), elas são bem abençoadas (...) (M1).
 (...) eu comecei a frequentar aqui a UTI, já tive as orientações, necessárias assim, de como seria a rotina, todos os procedimentos, as normas, tudo que era para ser seguido
 (...) a equipe é bem atenciosa, são bem prestativas, são bem comprometidas com o trabalho, com o atendimento às crianças, demonstram bastante carinho assim, trabalho bem bom (M6).
 (...) desde a primeira visita, eles me chamaram, conversaram comigo e passaram (...) eles tratavam a gente bem (...) passavam informações quase todo dia, não deixavam a gente tipo voando assim, sempre falavam alguma coisa do bebê (M7).

c) Sentimentos maternos em relação à hospitalização na UN

A quarta questão da entrevista que abordava a experiência das mulheres desde a internação até o dia de realização da entrevista acabou por trazer à tona os sentimentos que essas mães estavam tendo frente à internação do bebê. Sendo assim, optou-se por esta categoria, determinada a partir das falas que seguem abaixo.

Os primeiros dias assim, foi tenebroso, digamos assim, agora estou mais, não digamos conformada, mas deixei mais assim, porque sei que eles estão em boas mãos, sabe, ele está, ele está sendo bem cuidado (...). Mas no começo assim, é meio assustador a gente entrar aqui e ver um monte de crianças, a gente que não era acostumado, a gente que era acostumado a levar, tipo eu tive dois filhos, acostumada a levar embora, tudo com quatro quilos a bem dizer (...) É difícil falar. Mas uma coisa que passa, vai passar, ele está sendo bem cuidado e daqui a pouco está em casa (M1).
 Está sendo meio difícil, ele ficar aqui embaixo [hospital] e eu lá em cima [casa] (M2).
 Para nós está sendo difícil (...) da primeira vez que ela ficou não tinha ido embora ainda e agora ela já tinha ficado 15 dias em casa, então para nós é bem difícil (...) não fico muito confortável sabe, mas fazer o quê (M5).
 Ah, foi bem complicado (...) é bem ruim, tipo, de ver ele na UTI, achar que, ter hora que achar que ele não ia tipo, não ia embora mais (...) ter que vir todos os dias, a gente se sente bem mal (M7).
 Ele já tinha ficado 30 dias [internado em outra cidade], meu maior susto foi lá, então quando ele veio para cá já estava bem sossegado, bem tranquilo (...) lá assim, foi bem assim, assustador, porque eu nunca tinha visto assim um prematuro, daí cheguei lá

tinha um monte de prematuro, não tinha só o meu (...) os dias foram passando e eu fui ficando mais segura (...) (M8).

Uma das falas, retrata a experiência desde a gestação de alto risco, do parto prematuro e da condição de saúde da mãe, que mesmo em meio a risco de vida, preocupava-se com sua filha na UN:

Nossa, que experiência, que história gurria, se eu for contar desde o início, olha... é um baque. Eu nunca, sabe, nunca soube passar por isso, nunca imaginei, aí quando a gente passa a gente acha que é uma coisa, que, a gente pensa que a UTI é entre vida e morte (...) a história dela é triste... quando eu descobri que estava grávida estava com hematoma, descolamento de placenta, com hérnia, aí eu tenho um menino de, na época ele tinha um ano e meio, aí não podia ficar com ele, não podia varrer a casa, tive que morar com a mãe, aí depois eu descobri que ela estava com o cordão enrolado no pescoço, estava sentada, aí estourou minha bolsa com 35 semanas.. (...) eu não vi ela quando nasceu, eu só escutava lá no fundo que era muito sangue, que era muito sangue (...) a hemorragia era muito alta, eles descobriram que eu tinha anemia profunda. Aí eu fui ver ela no terceiro dia de vida dela assim, sem dar de mamar, sem pegar no colo (...) aí assim que fizeram a internação eu saí do hospital, vim para cá na cadeira de rodas, bem fraca, bem fraca, não conseguia nem ficar em pé, quando eu vi ela com aqueles tubos todos, nossa, chorei um monte. Mas ela reagiu bem, em uma semana ela saiu do tubo, conseguiu respirar sozinha, aí agora um mês voltou tudo desde o início (...) parece que eu podia ter cuidado mais dela, parece que... [pausa emocionada], parece que quem não cuidou bem dela fui eu. Ai, é um negócio assim, que a gente acha que sai da UTI vai ficar melhor, mas no mesmo momento que a gente acha, quer que ela saia, a gente fica com medo dela voltar (...) é um negocinho que a gente não imagina que vai passar com a gente, a gente pode pensar que vai acontecer com qualquer um, menos com nós (...) (M3).

Algumas das mulheres entrevistadas, relataram que mesmo sendo um momento difícil, a assistência dos profissionais as auxiliaram a vivenciar essa internação na UN:

Então, essa experiência, dessa vida de prematuro é bem corrida assim, bem puxada, não é uma experiência assim muito agradável porque ela desgasta bastante, mas com a ajuda assim, da equipe, todos os profissionais que tem trabalhado aqui junto com ela, eles deixam a gente mais contente (...) vejo que ela está evoluindo muito bem, então, é onde acaba animando a gente para continuar nessa, nessa batalha, que é bem difícil, mas, vai dar tudo certo (M6).

Então, foi uma surpresa porque eu não estava esperando parto prematuro, eu sabia que ela ia nascer com um probleminha no intestino, isso eu já tinha visto em ultrassom, aí o parto prematuro só agravou um pouquinho a situação, mas estou sendo muito bem assistida, tanto ela quanto eu, então eu estou contente pelo atendimento (M4).

DISCUSSÃO

Do total de oito mulheres entrevistadas, três haviam tido experiências anteriores com filhos internados em UN. Quatro mulheres ainda não haviam vivenciado a internação de um filho na unidade neonatal. Desta forma, é importante salientar que a internação hospitalar do RN nem sempre é esperada pela família e, mesmo quando já tidas experiências anteriores, as internações nunca são de total semelhança.

O nascimento de um filho é um momento marcante na vida das pessoas. As mulheres passarão por uma transição em seus papéis, pois após o nascimento do bebê terão a incumbência de ser mãe; no entanto, é possível que ocorram intercorrências que levem à necessidade da internação do RN (NAIDON *et al.*, 2018). Assim, há necessidade de mudanças nos planos familiares, pois o que foi idealizado pelos pais anteriormente ao nascimento mostra-se diferente da realidade, gerando frustrações (SALES *et al.*, 2018). Desta forma, infere-se que tanto a internação, quanto o tratamento especializado, acabam por representar um grande desafio para os profissionais da saúde, sobretudo para o RN e seus pais (NAIDON *et al.*, 2018).

Apenas uma das mulheres era primípara, sendo esta a mais nova em termos de idade; 87,5% das mulheres tinham dois filhos ou mais. O fator da multiparidade demonstra maior fragilidade para as mulheres que tem um de seus filhos internados, pois as mesmas possuem as demandas já exigidas pelo papel de mãe que já exerciam antes da chegada de um novo membro da família. De acordo com Zanfolim, Cerchiari e Ganassin (2018), além da saudade, os cuidados diários prestados ao outro filho são influenciados e algumas vezes pode ocorrer prejuízo na participação em momentos importantes da vida deles.

Quando pensamos na internação de um RN na UN é indispensável que levemos em conta que a mulher pode possuir um(a) companheiro(a), assim como outros filhos. Segundo informações contidas no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, os companheiros podem se sentir incluídos ou excluídos durante o período puerperal; os outros filhos, a depender da idade, podem apresentar sentimentos como ciúme, sensação de traição e medo de abandono. Desta forma, salienta-se a importância de rearranjos na relação familiar (BRASIL, 2006).

Ao citar a presença de companheiro, faz-se necessário lembrar que a maioria das mulheres entrevistadas neste estudo possuíam companheiro (87,5%). A presença de um(a) companheiro(a) fixo(a) na vida da mãe é considerado um fator benéfico para o enfrentamento de situações de estresse, exemplificado aqui, pela internação de um filho. Segundo Melo *et al.* (2016), a companhia faz com que a puérpera se sinta mais segura e ainda possibilita o compartilhamento de suas angústias.

Ao questionar acerca da visita à UN, somente uma das mulheres citou que além dos três horários estabelecidos para os pais, há também os horários de visitas duas vezes na semana (referindo-se à visita de demais familiares). Isso demonstra que deve haver certa preocupação em relação àquilo que é compreendido pelas mães com as diversas informações que lhes são passadas. O desconhecimento ainda pode ser atribuído com o não envolvimento de outros

familiares na internação, o que enfatiza a importância de atentarmos à solidão materna neste período.

Quando há necessidade da internação na UN, há internação do bebê e ausência dos pais em casa, sendo evidenciado o sofrimento por parte de todos os familiares. Desta forma, subentende-se que o contato com a família e sua presença no hospital servem de apoio essencial à mãe e ao RN, repercutindo ainda, na saúde física e mental de todos os envolvidos (ZANFOLIM; CERCHIARI; GANASSIN, 2018).

Os profissionais da área da saúde não devem ter suas ações meramente voltadas aos cuidados técnicos realizados em prol ao paciente. Os mesmos devem exercer o seu papel de forma a atuarem como facilitadores da vivência de hospitalização tanto para a criança, quanto os seus pais e demais familiares (SANTOS *et al.*, 2017).

Uma boa comunicação com a equipe de saúde, por exemplo, é imprescindível para os pais durante o período de internação do seu filho. A mesma pode ser entendida como uma habilidade e desta forma, melhorar a habilidade de comunicação no ambiente hospitalar, e principalmente na UN, pode facilitar a experiência dos pais durante a hospitalização do bebê, assim como diminuir o estresse enfrentado pelos profissionais da equipe de enfermagem, beneficiando ambos (BRY *et al.*, 2016).

A experiência de estar com o bebê na UN faz com que as famílias se sintam na maior parte das vezes impotentes, não possuindo muito controle sobre a situação do neonato. Entretanto, os pais anseiam por uma comunicação honesta, aberta e oportuna, ressaltando a importância de lhes passar informações claras e precisas (UMBERGER; CANVASSER; HALL, 2018).

Uma das mulheres ainda fez questão de incluir em sua resposta que considera os horários “bem bons” (sic.). Isso demonstra provável falta de conhecimento das mães e pais acerca dos direitos que os mesmos têm em relação à necessidade de internação de um filho, principalmente, quando o mesmo ainda está vivenciando o período da infância. Como já descrito anteriormente, existem portarias, leis e políticas que amparam legalmente os pais para que possuam garantia ao livre acesso e permanência adequada na UN junto ao recém-nascido.

A Lei nº 13.257 dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera o art. 12 do ECA, no que diz respeito à presença dos pais na UN, segundo o art. 22 da mesma: “(...) as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2016).

Dessarte, ressalta-se a importância de que os profissionais, principalmente da equipe de enfermagem que estão em constante contato com os pais, realizem atividades de educação em saúde, estabeleçam boa comunicação e informem sempre os pais; mostrando-se ainda a favor dos direitos dos mesmos, estando à disposição para incluí-los nos cuidados e empoderá-los.

A assistência humanizada é uma das principais estratégias para ajudar no desenvolvimento do RN, auxiliando a minimizar estressores, e sendo assim, a assistência obrigatoriamente voltada ao paciente como um todo. Contudo, para que seja prestada ao neonato e família dentro da UN, não é necessário apenas a aceitação por parte dos profissionais, muitas vezes há falta de recursos financeiros, físicos e humanos (COELHO *et al.*, 2018).

A presença da mãe no ambiente de assistência à saúde é uma das formas de sua participação no cuidado ao bebê e deve ser apoiada pela equipe multiprofissional. Para garantir uma assistência humanizada, é preciso que os profissionais empoderem os pais para cuidarem de seus filhos, com respeito às suas singularidades e necessidades, reconhecendo ainda, a importância de possibilitar que as mães expressem suas demandas, favorecendo a diminuição do estresse psicológico e, desta forma, vindo a auxiliar na formação de uma rede de apoio com outras mulheres que vivenciam a mesma situação, e dessas com os profissionais (MENDES *et al.*, 2015).

Referente à relação com os profissionais da equipe de enfermagem, todas as mães do estudo demonstraram que possuíam uma boa relação com os funcionários. A maioria ainda citou que o recebimento de explicações, apoio, carinho e atenção, o que reflete a importância que a enfermagem tem no atendimento ao binômio mãe-bebê nas unidades neonatais.

A equipe de enfermagem é aquela que está integralmente com o neonato, influenciando assim, a vivência da puérpera junto ao seu bebê. Este fato destaca a necessidade de se refletir sobre as relações interpessoais estabelecidas em uma UN. As mães de RN internados carecem de apoio emocional, pois experimentam sentimento de culpa, desapontamento e ansiedade. É preciso que os profissionais busquem compreender a experiência vivenciada pela mãe, demonstrando empatia e amor, fornecendo orientações sobre os cuidados do neonato, de forma a humanizar o relacionamento estabelecido entre a equipe de enfermagem e a família do RN (FRELLO; CARRARO, 2012).

A experiência das mulheres durante a hospitalização de seus filhos não foi fácil, em sua maioria. Nesta questão, as puérperas tiveram maior espaço para dialogarem acerca do que estavam passando, e desta forma, falar um pouco também de seus sentimentos/emoções. Foi

citada a inconformação, que entrar na UN é assustador, dificuldades, sentimento de culpa, o fato de nunca imaginar a internação, a surpresa e os desgastes.

Durante o período de hospitalização do RN, os pais demonstram diversos sentimentos como já dito acima, porém inclui-se ainda, que os mesmos podem apresentar a insegurança, sofrimento, medo, incompreensão, necessitando desta forma, de frequentes informações acerca da situação clínica do bebê. A enfermagem deve estabelecer comunicação e interação com os familiares, incentivar a participação dos pais nos cuidados ao bebê, assim como deve mediar a ligação entre pais e filhos, promovendo a recuperação do RN e otimizando o seu desenvolvimento (MENDES *et al.*, 2015).

Além disso, é comum que as mulheres desenvolvam doenças como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, entre outras, pois além de estarem enfrentando o puerpério, vivenciam a internação de seu filho como um fator de grande significância. O sentimento de culpa, por exemplo, acaba por influenciar no desenvolvimento dessas desordens, que afetam em maior parte das vezes as mães, porém podem afetar os parceiros também (ROQUE *et al.*, 2017).

É necessário que os profissionais pratiquem a empatia, que pode ser descrita como a capacidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo sem ter vivenciado as mesmas experiências. Os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério já são reconhecidos; há grandes transformações psíquicas, logo, uma presença sensível acaba por auxiliar oferecendo serenidade e confiança à mulher (BRASIL, 2006).

Contudo, algumas mães citaram ainda, que estavam contentes pelo atendimento prestado e que adquirem maior ânimo ao presenciar a evolução do bebê e também, maior segurança com o passar do tempo. Salienta-se assim, a importância que a equipe de enfermagem tem para fazer com que as mães se sintam mais à vontade, seguras e que se animem com os avanços apresentados pelo RN ao longo da internação.

Desta forma, a autonomia dos pais torna o ambiente de hospitalização menos fatigante e carregado, há melhor interação entre o binômio mãe-bebê e consequentes benefícios para ambos, enriquecendo o cuidado ao RN e à puérpera e aperfeiçoando o trabalho da equipe de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade da internação de um filho na UN é um acontecimento inesperado pelos pais, que acaba por refletir em todas as dimensões de suas vidas, muitas vezes de forma

negativa. Há necessidade de muitas adaptações, incluindo o fato de diferenciar o imaginado, daquilo que se apresenta na realidade. Entretanto, é sabido que a hospitalização é necessária e busca fazer com que o RN se adapte ao meio extrauterino, com crescimento e desenvolvimento adequados.

O ambiente da UN é considerado estressante, há necessidade de prestação de cuidados constantes por parte dos profissionais da equipe de saúde e uso de diversas tecnologias. Assim, as mães acabam por mostrar-se satisfeitas com qualquer período de tempo que possam estar junto aos seus filhos, achando inclusive as delimitações de horários suficientes.

Pondera-se então, que é direito dos pais possuírem livre acesso e ainda, a permanência na unidade, porém muitas vezes não o sabem. Desta forma, é relevante que os profissionais da enfermagem estejam aptos a realizar orientações acerca dos direitos dos mesmos, a incluir os pais nos cuidados ao bebê, empoderá-los, mantê-los informados e, educá-los quanto aos efeitos benéficos da sua presença e da formação de vínculo com o bebê, prestando assistência humanizada.

No contexto da puérpera, a mesma tem seu papel de maternagem afetado e devido às diversas modificações fisiológicas e psicológicas que passa durante o período puerperal, pode sofrer com os diversos sentimentos e emoções gerados, podendo vir a desenvolver certas desordens descritas na literatura. Contudo, a presença da mãe na UN junto ao RN não traz benefícios somente para o bebê, mas também para a própria puérpera. O apoio do(a) companheiro(a) e contato com demais familiares, assim como com demais mães na unidade, auxiliarão ainda, na formação de uma rede de apoio da mulher durante o período da internação, oferecendo espaços para que manifestem suas demandas.

O presente estudo possui relevância na incumbência de demonstrar evidências para que gestores de instituições de saúde adequem suas unidades para o recebimento adequado dos pais e demais familiares, como preconizado pelas políticas públicas de saúde, fornecendo adequado atendimento na área da neonatologia e pediatria, com digna valorização da infância.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016, 280 p.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Brasília], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art22. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico –** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília]: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 01 maio 2019.

BRY, Kristina *et al.* Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 105, n. 4, p.397-406, 21 jan. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13295>. Acesso em: 29 jul. 2019.

COATS, Heather *et al.* Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. **American Journal Of Critical Care**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.52-58, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018353>. Acesso em: 01 maio 2019.

COELHO, Aline de Souza *et al.* Equipe de Enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. **Facema: Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão**, [S.l.], v. 4, n. 1, p.873-877, mar. 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/381/176>. Acesso em: 11 ago. 2019.

CRAIG, J W *et al.* Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. **Journal Of Perinatology**, [S.l.], v. 35, n. 1, p.5-8, 24 nov. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.142>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660048/pdf/jp2015142a.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

DAMIAN, Angelica; WATERKEMPER, Roberta; PALUDO, Crislaine Aparecida. Perfil de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. ISSN 2318-3691.

Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308/204>. Acesso em: 21 abr. 2019.

FEELEY, Nancy *et al.* Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. **Bmc Pediatrics**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.1-13, 20 ago. 2016. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0663-1>. Acesso em: 01 maio 2019.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p.514-521, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000300018>. Acesso em: 29 jul. 2019.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018.

LAELA, Sri; KELIAT, Budi Anna; MUSTIKASARI. Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies. **Enfermería Clínica**, [S.l.], v. 28, p.126-129, fev. 2018. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30051-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30051-2). Acesso em: 01 maio 2019.

MELO, Rosana Alves de *et al.* Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id On Line Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 10, n. 32, p.88-103, 22 nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v10i32.569>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MENDES, Gabrielle Visgueira Soares *et al.* Kangaroo Care Method at Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Enferm Ufpi**, [S.l.], p.68-74, dez. 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4958/pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

NAIDON, Ângela Maria *et al.* Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>. Acesso em: 29 jul. 2019.

RAISKILA, Simo *et al.* Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. **Acta Paediatrica**, Turku, v. 106, n. 6, p.878-888, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13798>. Acesso em: 01 maio 2019.

ROQUE, Ariane Thaise Frello *et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 46, n. 4, p.576-587, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SALES, Isabela Maria Magalhães *et al.* Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, [S.l.], v. 9, n. 3, p.2413-2422, ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.545>. Acesso em: 29 jul. 2019.

SANTOS, Leidiene Ferreira *et al.* Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 3, p.1-10, 21 set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001260016>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SCHAEFER, Márcia Pinheiro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. **Avances En Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 35, n. 2, p.205-218, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n2/1794-4724-apl-35-02-00205.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

UMBERGER, Erin; CANVASSER, Jennifer; HALL, Sue L. Enhancing NICU parent engagement and empowerment. **Seminars In Pediatric Surgery**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.19-24, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.004>. Acesso em: 23 jun. 2019.

UNICEF. Report 2017: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **Levels & Trends in Child Mortality**, [S.l.], 36 p., 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf. Acesso em: 21 abr. 2019.

ZANFOLIM, Leidimara Cristina; CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; GANASSIN, Fabiane Melo Heinen. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 38, n. 1, p.22-35, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000292017>. Acesso em: 10 ago. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No curso de Graduação em Enfermagem da UFSC temos a oportunidade de estudar e desenvolver atividades teórico-práticas na área da neonatologia durante a sexta unidade curricular, voltada ao estudo da saúde da mulher, obstetrícia e neonatologia, o que corresponde a uma pequena parcela do universo de conteúdos estudados durante os cinco anos da graduação.

Somos formados com competência para prestar uma atenção qualificada e humanizada a todos àqueles que atendemos e, ao pensar no cuidado ao RN internado na UN, é necessário atentar-se ao fato de que o RN é membro de uma família. Logo, cuidar do mesmo significa cuidar também de seus pais e familiares.

Desta forma, foi optado por trabalhar com esta área, com o tema da presença dos pais na UN, com propósito de responder à seguinte questão: qual é a percepção de puérperas e profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais em UN? A partir disso, fora realizado o estudo, que a partir da coleta de dados e análises, gerou dois manuscritos, intitulados “Presença de mães e pais na Unidade Neonatal: percepção da enfermagem” e “Presença de mães e pais no ambiente da Unidade Neonatal: percepção de puérperas”.

Os resultados descritos no primeiro manuscrito demonstram que a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais no ambiente da UN é pautada na preocupação frente à execução de procedimentos e cuidados de enfermagem e, também, quanto ao risco de infecções. Assim, acabam por adotar uma postura considerada contrária à proposta pelas políticas públicas de saúde brasileiras, valorizando mais a execução dos cuidados com tranquilidade e sem demandas comunicacionais, o que acaba por prejudicar a oferta de atenção à família e a assistência humanizada ao neonato.

É importante que a formação destes profissionais e protocolos hospitalares estejam em consonância com as leis e portarias que regem as UN. Os resultados apresentam demonstrações contrárias ao livre acesso e permanência dos pais na unidade, não havendo ainda, estímulo por parte de todos os profissionais para participação e promoção do protagonismo dos pais. No entanto, os profissionais mostram-se empáticos e demonstram conhecimento acerca da importância da presença dos pais junto ao bebê, evidenciando-se certa ambivalência. Também pode ser uma boa estratégia, o intercâmbio de experiências entre os profissionais e os locais de atendimento em saúde onde há adequação às políticas, para a sensibilização dos profissionais e seus gestores para mudanças.

Quanto ao segundo manuscrito, onde foca-se na percepção das puérperas, tornou-se perceptível o fato de que as mães acabam muitas vezes por mostrarem-se satisfeitas com qualquer período de tempo que possam estar junto aos seus filhos, não acreditando que as delimitações de horários sejam de um todo ruins, pois sentem-se desgastadas. No entanto, pode-se observar pelas respostas das mães que os sentimentos ruins gerados pela internação são amenizados conforme são orientadas e acolhidas.

É direito dos pais possuírem livre acesso e a permanência na unidade, porém muitas vezes os mesmos não o sabem, mostrando a relevância que os profissionais da enfermagem têm em realizar orientações acerca dos direitos dos mesmos, em incluir os pais nos cuidados ao bebê, empoderá-los, mantê-los informados e, educá-los quanto aos benefícios da presença, contato e formação de vínculo com o bebê.

As puérperas têm seu papel de mãe afetado e devido às diversas modificações fisiológicas e psicológicas que passam durante o período puerperal somadas à internação do bebê, podem vir a desenvolver certas desordens descritas na literatura. Contudo, a presença da mãe na UN junto ao RN traz benefícios para o bebê e para a própria puérpera. Apesar de já existirem políticas de saúde/ legislações há mais de 20 anos, pais e bebês são privados de permanecerem juntos em um momento importante de suas vidas.

Alguns limites foram encontrados na realização do estudo, como a distância do hospital onde foram feitas as coletas de dados; assim como o baixo número de internações no período programado para realização das coletas.

Entretanto, considera-se que o estudo é de grande relevância para a área da enfermagem neonatal e pediátrica. São demonstradas evidências para que gestores de instituições de saúde adequem suas unidades para o recebimento dos pais e demais familiares, incluindo ajustes na infraestrutura.

Estimula-se o fortalecimento do vínculo e afeto, minimizando complicações e empoderando os pais nos cuidados ao bebê, propiciando crescimento e desenvolvimento seguros e qualificados. Gerando subsídios também, para a realização de práticas de educação permanente em saúde no âmbito da hospitalização do RN; assim como para realização de novos estudos focalizados na área, envolvendo a percepção dos pais ou traçando o que é de conhecimento por parte dos pais em relação aos seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Fabiane de Amorim; MORAES, Mariana Salim de; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.l.], v. 50, n. spe, p.122-29, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>. Acesso em: 23 set. 2018.
- ANDRADE, Marcela *et al.* Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [S.l.], n. 18, p.8-13, dez. 2017. Portuguese Journal of Mental Health Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0186>. Acesso em: 12 out. 2018.
- ANTUNES, Bibiana Sales *et al.* Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.l.], v. 15, n. 5, p.796-803, out. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500009>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- ARAKAKI, Vanessa da Silva Neves Moreira *et al.* Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary integration about update newborn position in the neonatal intensive care unit. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 28, n. 3, p.437-445, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.ao02>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- AZEVEDO, Vanessa *et al.* Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 14, p.159-168, 22 set. 2017. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv17018>. Acesso em 06 abr. 2019.
- BALBINO, Flavia Simphronio *et al.* Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.l.], v. 6, n. 1, p.84-92, 30 mar. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216340>. Acesso em: 19 abr. 2019.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016, 280 p.
- BASTANI, Farideh; ABADI, Tayebe Ali; HAGHANI, Hamid. Effect of Family-centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission among Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, [S.l.], v. 9, n. 1, p.4-8, jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25738051>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- BOUNDY, Ellen O. *et al.* Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. **Pediatrics, Nutrition**, v. 137, n. 1, p. 1-16, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4702019/pdf/PEDS_20152238.pdf. Acesso em: 06 out. 2018.
- BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. Rene**, [S.l.], v. 11, n. especial, p.142-

49, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene-antiga.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/479/pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1988. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/579494/publicacao/15636884>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em 26 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art22. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Brasília], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. [201-]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em 06 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método mãe-canguru: manual do curso**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília], 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. [Brasília], 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013**. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília], 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3389_30_12_2013.html. Acesso em: 26 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília]: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 26 ago. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2012c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 set. 2018.

BRY, Kristina *et al.* Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 105, n. 4, p.397-406, 21 jan. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/apa.13295>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.179-91, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

CARTAXO, Laurita da Silva *et al.* Experience of mothers in neonatal intensive care unit. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.551-557, ago. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15422/11664>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CARVALHO, Larissa da Silva; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.101-122, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a07.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CHAN, Grace J *et al.* Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. **Bulletin Of The World Health Organization**, [S.l.], v. 94, n. 2, p.130-41, 3 dez. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/2/15-157818.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

CHERUBIM, Daiani Oliveira *et al.* The nursing care meanings to mothers aiming at the lactation maintenance in a neonatal intensive care unit. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.900-905, out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.900-905>. Acesso em: 26 maio 2019.

COATS, Heather et al. Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. **American Journal Of Critical Care**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.52-58, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018353>. Acesso em: 01 maio 2019.

COELHO, Aline de Souza et al. Equipe de Enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. **Facema: Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão**, [S.l.], v. 4, n. 1, p.873-877, mar. 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/381/176>. Acesso em: 25 maio 2019.

CORDEIRO, Alexander Magno *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.428-31, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

CRAIG, J W *et al.* Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. **Journal Of Perinatology**, [S.l.], v. 35, n. 1, p.5-8, 24 nov. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.142>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660048/pdf/jp2015142a.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

DAMIAN, Angelica; WATERKEMPER, Roberta; PALUDO, Crislaine Aparecida. Perfil de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308/204>. Acesso em: 07 abr. 2019.

DANIEL, Victoria Pereira; SILVA, Jannaina Sther Leite Godinho. A enfermagem e sua colaboração na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Pró-universus**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.3-7, jun. 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/687>. Acesso em: 26 maio 2019.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p.213-25, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

ECHER, Isabel Cristina. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p.5-20, jul. 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365/2324>. Acesso em: 23 set. 2018.

FEELEY, Nancy *et al.* Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. **Bmc Pediatrics**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.1-13, 20 ago. 2016. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0663-1>. Acesso em: 01 maio 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 812-20, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a25.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p.514-521, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000300018>. Acesso em: 29 jul. 2019.

GAMBARELLI, Samyra Fernandes; TAETS, Gunnar Glauco de Cunto Carelli. A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 17, n. 4, p.394-400, 28 set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i4.1258>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Modos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008. 200 p. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

GOVONI, Laura et al. Breastfeeding pathologies: analysis of prevalence, risk and protective factors. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, [S.l.], v. 90, n. 4-, p.56-62, 28 mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8240>. Acesso em: 02 jun. 2019.

GUIMARÃES, Hercília. The importance of parents in the neonatal intensive care units. **Journal Of Pediatric And Neonatal Individualized Medicine**, [S.l.], v. 4, n. 2, p.1-3, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7363/040244>. Acesso em: 26 ago. 2018.

HE, Shi-wen *et al.* Impact of family integrated care on infants' clinical outcomes in two children's hospitals in China: a pre-post intervention study. **Italian Journal Of Pediatrics**, [S.l.], v. 44, n. 1, p.1-7, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-018-0506-9>. Acesso em: 26 maio 2019.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 1176 p.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018.

LAELA, Sri; KELIAT, Budi Anna; MUSTIKASARI. Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies. **Enfermería Clínica**, [S.l.], v. 28, p.126-129, fev. 2018. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30051-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30051-2). Acesso em: 01 maio 2019.

LESTER, Barry M. *et al.* Single-Family Room Care and Neurobehavioral and Medical Outcomes in Preterm Infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 134, n. 4, p.754-60, 22 set. 2014. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-4252>. Acesso em: 14 out. 2018.

LORENZINI, Elisiane; COSTA, Tatiane Costa da; SILVA, Eveline Franco da. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p.107-113, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000400014>. Acesso em: 26 maio 2019.

- MARTINS, Lissandra; OLIVEIRA, Edineuza Alves de. Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p.107-16, nov. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcoes_mae_diante.pdf. Acesso em: 26 ago. 2018.
- MELO, Rosana Alves de *et al.* Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id On Line Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 10, n. 32, p.88-103, 22 nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v10i32.569>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- MENDES, Gabrielle Visgueira Soares *et al.* Kangaroo Care Method at Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Enferm Ufpi**, [S.l.], p.68-74, dez. 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4958/pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-26, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.
- MORAES FILHO, Iel Marciano de *et al.* Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2017; 6(1): 30-48. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/276/178>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- NAIDON, Ângela Maria *et al.* gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- PAULA, Angélica Oliveira; SALGE, Ana Karina Marques; PALOS, Marinésia Aparecida Prado. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.523-536, jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238041>. Acesso em 20 jun. 2019.
- PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.132-146, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170836>. Acesso em: 20 out. 2019.
- RAISKILA, Simo *et al.* Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. **Acta Paediatrica**, Turku, v. 106, n. 6, p.878-888, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/apa>. Acesso em: 01 maio 2019.
- RAMOS, Daniele Zuba *et al.* A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 29, n. 2, p.189-196, 30 jun. 2016. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p189>. Acesso em: 19 abr. 2019.

RIBEIRO, Catarina Renata *et al.* Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.l.], série IV, n. 4, p.137-46, mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv14023>. Acesso em: 16 set. 2018.

RIBEIRO, Jéssica Sâmia Silva Tôrres *et al.* Nurses' Attitudes Toward the Families Caring Process Regarding the Childbirth and the Immediate Postpartum Period. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n. 3, p.784-92, jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.784-792>. Acesso em: 12 out. 2018.

RIBEIRO, JF *et al.* The premature newborn in Neonatal Intensive Care Unit: the nurse's care. **Reuol - Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. 10, p.3833-3841, out. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7998/07589770641fe8e64fd844b85d892cd02bbb.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 286-91, abr. 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/809/923>. Acesso em: 26 ago. 2018.

ROQUE, Ariane Thaise Frello *et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 46, n. 4, p.576-587, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ROSEIRO, Cláudia Paresqui; PAULA, Kely Maria Pereira de. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos de Psicologia (campinas)**, [S.l.], v. 32, n. 1, p.109-119, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000100010>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SALES, Isabela Maria Magalhães *et al.* Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, [S.l.], v. 9, n. 3, p.2413-2422, ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.545>. Acesso em: 29 jul. 2019.

SÁ NETO, José Antonio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.372-77, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20>. Acesso em: 12 out. 2018.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 4, p.854-858, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130062>. Acesso em: 07 ago. 2019.

SANTOS, Leidiene Ferreira *et al.* Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 3, p.1-10, 21

set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001260016>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SANTOS, Paola Souza *et al.* Relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, v. 4, p.10-28, dez. 2015. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911/895>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SCHAEFER, Márcia Pinheiro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. **Avances En Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 35, n. 2, p.205-218, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n2/1794-4724-apl-35-02-00205.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

Secretaria de Estado da Saúde (Org.). **Santa Catarina tem número de leitos de UTI Neonatal acima da média nacional**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/9978-santa-catarina-tem-numero-de-leitos-de-uti-neonatal-acima-da-media-nacional>. Acesso em: 26 out. 2018.

SILVA, Camila Mendes da *et al.* Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. **Rev Paul Pediatr**, [S.l.], v. 31, n. 1, p.30-6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/06.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SILVA, Isabella Navarro *et al.* Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1-8, 19 out. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0369>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SILVA, Luiz Henrique Ferreira da *et al.* Permanent Education in a neonatal unit from Culture Circles. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 3, p.1408-1414, 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0587>. Acesso em: 26 maio 2019.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira *et al.* Being a father of a premature newborn at neonatal intensive care unit: from parenthood to fatherhood. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 3, p.409-16, jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0409.pdf. Acesso em: 12 out. 2018.

SOUSA, Maria do Socorro Marques de *et al.* Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 1, p.94-106, jun. 2016. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/923/1004>. Acesso em: 07 abr. 2019.

STEFANELLO, Juliana; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo. Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.275-81, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a07v21n2.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

TURATO, Egberto Ribeiro. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and subjects. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 3, p.507-14, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/en_24808.pdf. Acesso em: 21 out. 2018.

UMBERGER, Erin; CANVASSER, Jennifer; HALL, Sue L. Enhancing NICU parent engagement and empowerment. **Seminars In Pediatric Surgery**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.19-24, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.004>. Acesso em: 26 ago. 2018.

UNICEF. Report 2017: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **Levels & Trends in Child Mortality**, [S.l.], 36 p., 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf. Acesso em: 26 ago. 2018.

UNIVERSIDADE Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa Para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Curso de Enfermagem**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://enfermagem.ufsc.br/instrucoes-normativas/>. Acesso em: 09 jun. 2019.

VASCONCELOS, Ivar César Oliveira de. Estratégias metodológicas de pesquisa: decisões no estudo da prática didático-pedagógica. **Univ. Rel. Int.**, Brasília, v. 8, n. 1, p.231-43, jun. 2010. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/view/933/1084>. Acesso em: 20 out. 2018.

VERONEZ, Marly et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p.1-8, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>. Acesso em: 20 jun. 2019.

WHO - World Health Organization. **Preterm birth**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em 07 abr. 2019.

ZANFOLIM, Leidimara Cristina; CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; GANASSIN, Fabiane Melo Heinen. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 38, n. 1, p.22-35, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000292017>. Acesso em: 10 ago. 2019.

APÊNDICE A - Entrevista semiestruturada para mães**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÃES/PUÉRPERAS**

Entrevista nº: ____; data: _____

Idade: ____

Escolaridade: _____

Estado civil: () Com companheiro; () Sem companheiro

Ocupação: _____

Quantos filhos: _____

Algum outro filho ficou internado em UN? () Sim; () Não

Tempo de internação do RN na UN: _____

1. Como funcionam os horários de visita ao seu filho na UN?
2. Você foi orientada sobre as rotinas da UN? Em que momento?
3. Como é a sua relação com a equipe profissional da UN?
4. Fale sobre a sua experiência na UN desde a internação até hoje.

APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada para profissionais

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Entrevista nº: ____; data: _____

Idade: ____

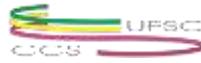
Categoria: _____

Especialização: () Sim; () Não. Qual? _____

Tempo de trabalho na Unidade: _____

1. Como funciona a visitação de mães e pais ao recém-nascido internado na UN?
2. Você acredita que esse período de tempo é o suficiente?
3. Como você realiza o acolhimento das mães e pais na UN?
4. Você, enquanto profissional da equipe de enfermagem, incentiva as mães e pais nos cuidados ao RN? Como?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estrutura-se com base nas diretrizes contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado(a) Senhor(a), a pesquisa desenvolvida é intitulada **“Presença de mães e pais em Unidade Neonatal: percepções de puérperas e profissionais da equipe de enfermagem”**, realizada pela acadêmica Camila do Couto Maia, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação da Enfermeira Prof^a Dr^a Ariane Thaise Frello Roque. O objetivo do estudo é conhecer a percepção de puérperas e de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais no ambiente de uma Unidade Neonatal. A finalidade da pesquisa é contribuir através do conhecimento gerado, na possibilidade dos hospitais em permitirem maior contato entre bebê e familiares como uma forma de cuidado, beneficiando tanto o recém-nascido, quanto mães, pais, demais familiares e os profissionais da equipe de enfermagem, apesar da pesquisa não ofertar benefícios diretos e imediatos aos seus participantes.

Convidamos você para responder a uma entrevista com roteiro semiestruturado, com duração média de 10 minutos, a ser gravada pela pesquisadora e posteriormente transcrita, assim como também, a autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e para publicá-los em revistas científicas nacionais e/ou internacionais. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto e as informações obtidas serão utilizadas somente neste estudo e nas possíveis publicações, ficando sob o domínio da pesquisadora por cinco anos, sendo destruídos após este prazo. O uso das informações oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

A participação na pesquisa não trará complicações legais e não possui intenção de gerar riscos aos seus participantes. Porém, como é um tema que envolve sentimentos e emoções, englobando mulheres no período puerperal, além de profissionais muitas vezes sobrecarregados, a pesquisa pode vir a gerar algum desconforto psicológico/emocional, bem como há risco de quebra de sigilo não intencional. Para minimizar os riscos a entrevista será privada, poderemos fazer pausas e você terá a liberdade de não responder certas perguntas, se assim preferir. Toda a atenção será ofertada pela pesquisadora principal deste estudo para redução completa dos desconfortos, mas se os mesmos não cessarem, a equipe de saúde do cenário do estudo será solicitada. Se algum dano material e imaterial a sua saúde ocorrer, ou houver algum gasto seu, devidamente comprovados, nós pesquisadoras lhe ressarciremos/indenizaremos, conforme os preceitos legais. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Não há qualquer incentivo financeiro ou ônus com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Caso decida não participar ou resolva a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A qualquer momento você poderá consultar a pesquisadora Camila do Couto Maia, CPF 058.738.169-80, endereço residencial em Rua Lauro Linhares nº 1730, Trindade, Florianópolis, através do e-mail milacmaia@hotmail.com e a Profa. Dra. Ariane Thaise Frello Roque, CPF 052.059.269-70, através do e-mail ariane.frello.roque@ufsc.br ou pelo telefone (48)999888448. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para eventuais dúvidas, através do telefone (48)37216094, ou no Prédio 135 Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. O termo será disponibilizado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e uma com você, participante.

Eu, _____ fui esclarecido(a) acerca da pesquisa e declaro consentimento em participar da pesquisa, como também, concordo que os dados obtidos no estudo sejam utilizados para fins científicos conforme explanação. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do(a) participante: _____ RG: _____
 _____, ____ de _____ de 2019.

 Enfª Dra Ariane Thaise Frello Roque

 Graduanda em Enf. Camila do Couto Maia

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES QUANTO À PRESENÇA DE MÃES E PAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Ariane Thaise Frello Roque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04556918.0.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.094.053

Apresentação do Projeto:

"PERCEPÇÕES QUANTO À PRESENÇA DE MÃES E PAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATA". Pesquisa de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital localizado no sul do Estado de Santa Catarina, que possui sete leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, tipo II, com horários restritos para as visitas. Serão participantes do estudo as puérperas cujos filhos estejam internados no cenário de estudo e também, profissionais que compõem a equipe de Enfermagem, segundo critérios de inclusão e

exclusão. A captação das mulheres e profissionais dar-se-á inicialmente através de visitas ao hospital em diferentes turnos e a partir do levantamento de internações de recém-nascidos; após isto, será apresentado o projeto para cada participante da

pesquisa e, conforme consentimento será realizado um cronograma para realização das entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção de puérperas e profissionais da equipe de Enfermagem acerca da presença das mães e pais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.094.053

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa não trará complicações legais e não possui intenção de gerar riscos aos seus participantes. No entanto, riscos não são inexistentes, havendo possibilidade de desconforto do participante frente às questões da entrevista e gravação de áudio, assim como há risco de quebra de sigilo. Para minimizar possíveis desconfortos emocionais, principalmente, a entrevista será privada, os entrevistados poderão utilizar de pausas e terão liberdade de não responderem certas perguntas.

Benefícios:

A finalidade da pesquisa é contribuir através do conhecimento gerado, na possibilidade dos hospitais em permitirem maior contato entre bebê e familiares como uma forma de cuidado, beneficiando tanto o recém-nascido, quanto mãe, pai, demais familiares e os profissionais da equipe de Enfermagem envolvidos diretamente nos cuidados ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de TCC de CAMILA DO COUTO MAIA, orientador pela Profa. Dra. Ariane Thaise Frello Roque do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A hipótese que norteia esta pesquisa é a importância da presença das mães e pais na UTIN sem delimitação de tempo, tanto do ponto de vista das puérperas, como dos profissionais da equipe de Enfermagem, como fator determinante para a humanização em saúde neste ambiente. Como critérios de inclusão, estabelece-se para as mulheres, que estas sejam de maioria, cujo filho esteja no momento da coleta de dados

internado na unidade de terapia intensiva. Já para os profissionais da equipe, sugerem-se para inclusão, todos os profissionais com nível técnico ou superior em Enfermagem, que estejam trabalhando na UTIN há pelo menos seis meses. Acredita-se que será possível avaliar o impacto acerca da presença das mães e pais junto aos recém-nascidos, na perspectiva dos profissionais e puérperas, trazendo contribuições para ressaltar a importância desta para valorização de questões como vínculo e humanização, salientando a necessidade e importância da assistência integral à puérpera e ao bebê e, oferecendo subsídios no âmbito do cuidado prestado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A pesquisa tem relevância científica, a documentação está completa e os TCLEs apresentados atendem a todas as exigências da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.094.053

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios;

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Projeto de pesquisa;
- 3) Folha de rosto;
- 4) Roteiro de entrevista - puérperas;
- 5) Roteiro de entrevista - profissionais;
- 6) TCLE;
- 7) ORÇAMENTO;
- 8) CRONOGRAMA;
- 9) Autorização da Instituição.

Os TCLEs apresentados cumprem n íntegra a Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1258379.pdf	04/12/2018 10:50:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcamilafinal.docx	04/12/2018 10:48:43	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinadajeferson.pdf	04/12/2018 10:47:51	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
Outros	entrevista_puerperas.docx	14/11/2018 16:41:33	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
Outros	entrevista_profissionais.docx	14/11/2018 16:41:08	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_camila.docx	14/11/2018 16:38:59	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.094.053

Orçamento	ORcAMENTOcamila.docx	14/11/2018 16:38:49	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAcamila.docx	14/11/2018 16:38:40	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao.jpeg	14/11/2018 16:32:52	Ariane Thaise Frello Roque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - Parecer final do orientador

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

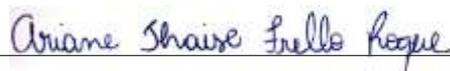
Declaro que o trabalho de conclusão de curso intitulado “Presença de mães e pais em Unidade Neonatal: percepções de puérperas e profissionais da equipe de enfermagem” foi orientado por mim, Profa Dra Ariane Thaise Frello Roque.

A acadêmica cumpriu todos os requisitos no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso com comprometimento, dedicação e responsabilidade. Manteve o rigor científico e a ética desde o projeto de pesquisa, coleta de dados, análise e desenvolvimento dos dois manuscritos advindos dos resultados da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que teve como objetivo: Conhecer a percepção de puérperas e de profissionais da equipe de enfermagem acerca da presença das mães e pais no ambiente de uma Unidade Neonatal.

O Trabalho de Conclusão de Curso possui grande relevância na área da neonatologia, trazendo contribuições para a área acadêmica e assistencial. Indico a leitura para os profissionais, gestores e interessados na área neonatal dada a qualidade do material apresentado.

Florianópolis, 09 de setembro de 2019.



Profa. Dra. Ariane Thaise Frello Roque