

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA/CEEQ DA REDE
CEGONHA UnB/UFMG**

LUCIMAR ANTÔNIO RIBEIRO

**IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM: MÃE
NUTRIZ EM LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

**BRASÍLIA – DF
2015**

LUCIMAR ANTÔNIO RIBEIRO

**IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM: MÃE
NUTRIZ EM LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/CEEO da Rede Cegonha UnB/UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski

BRASÍLIA – DF

2015

LUCIMAR ANTÔNIO RIBEIRO

**IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM: MÃE
NUTRIZ EM LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO – da Escola de Enfermagem da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski.

APROVADO EM: 23/11/2015

Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski

Profa. Dra. Monica Chiodo Toscano de Campos
Membro da Banca

Prof.^a Dra. Clara de Jesus Marques Andrade
Membro da Banca

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as pessoas que contribuíram muito para realização de mais esse tão almejado sonho, a você Edinalva, Geysa, Tatiane Raquel, minha irmã Lucilene, a Enfa. Stella que segurou os plantões na minha ausência, Enf. Camila companheira de jornada, aos colegas de trabalho, aos nossos professores em especial a Dra.Silvéria e Dra.Rejane, que trilharam uma árdua batalha para que esse curso acontecesse, e, ao meu pequeno e amado filho Lucas razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos nossos queridos professores obstetras que compartilharam seus conhecimentos, e que nos orientaram e nos fizeram crescer a cada dia, mostrando que é possível, somos capazes e vamos vencer.

A todas as mulheres as quais nos deram a oportunidade de partejá-las, compartilhando esse momento tão sublime e único de suas vidas.

A toda equipe dos centros de saúde e hospitais por onde passamos.

As colegas do CEEO pelo incentivo, compreensão e companheirismo.

As mulheres (puérperas que passaram pela maternidade do Hospital Regional de Planaltina), que contribuíram para essa pesquisa.

A Deus, pelo dom da vida, pelas bênçãos concedidas, por me iluminar, por colocar pessoas especiais em minha vida e por me dar forças durante esta caminhada.

“Ser feliz não é ter uma vida perfeita. Mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância, usar as pedras para refinar a paciência, as falhas para esculpir a serenidade, a dor para lapidar o prazer, e os obstáculos para abrir as janelas da inteligência.” (Augusto Cury)

RESUMO

Ao vivenciar a angústia das mulheres puérperas em que o Recém-Nascido precisou ficar internado observado que estas mães não estavam preparadas psicologicamente para ficar por longo período em um hospital. A maioria delas advindas do entorno e possivelmente em condições socioeconômicas precárias. A perspectiva de ficar por um longo período afastadas de sua vida pessoal, do convívio social e familiar pode ser assustadora. Muitas vezes ao permanecer no hospital e deixar a família e os filhos aos cuidados de outras pessoas reflete nesta permanência e pode dificultar a adesão às informações sobre o cuidado e o tratamento de seu RN. Por vezes, provoca a diminuição da produção de leite materno. Ou elas tender a adoecer, inclusive sendo um dos fatores no desenvolvimento da depressão puerperal. Ainda, observa-se que a equipe não está, totalmente, preparada para atender essas mulheres. Elas encontram-se em alta médica, existe a falta de recursos humano e a equipe de profissionais de saúde prioriza a assistência as puérperas que foram admitidas. Pode-se apontar que a mãe nutriz, por estar em um puerpério tardio ou por não apresentar intercorrências não é considerada prioridade no atendimento na maternidade do Hospital Regional de Planaltina. Com essa inquietação percebeu-se a necessidade de realizar mudanças para melhor assistir de forma integral essas mulheres ao proporcionar um ambiente mais tranquilo, acolhedor, confiante e menos traumático, onde ela possa contar com o apoio da equipe e da família. Assim, minimizar seus anseios, melhora aceitação quanto ao cuidado e tratamento do seu filho, diminuir o stress e os riscos de depressão puerperal. Ainda promove a presença do pai no ambiente hospitalar, fortalece o vínculo afetivo e auxilia nos cuidados dispensados ao seu filho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica, Humanização da Assistência, Cuidados de Enfermagem, Cuidado Pós-Natal, Prematuro.

ABSTRACT

To experience the anguish of women mothers in the Newborn had to be hospitalized observed that these mothers were not prepared psychologically to stay for long periods in hospital. Most of them coming from the surroundings and possibly in poor socioeconomic conditions. The prospect of being away for a long period of his personal life, social and family life can be daunting. Often to stay in the hospital and let family and children in the care of others reflects this permanence and may hinder the accession to the information on the care and treatment of their newborn. Sometimes causes the decrease in milk production. Or they tend to get sick, including being one of the factors in the development of postpartum depression. Still, it is observed that the team is not fully prepared to meet these women. They are in a medical discharge, there is a lack of human resources and health professionals team prioritizes assistance to mothers who were admitted. Can point out that the nurturing mother to be in a late postpartum or for not presenting complications is not considered priority in attendance at the Regional Maternity Hospital Planaltina. With this concern we realized the need to make changes for the better watch in full these women by providing a quieter atmosphere, warm, confident and less traumatic where she can count on the support of the team and the family. So minimize your anxieties, improves acceptance on the care and management of your child, reduce stress and the risk of postpartum depression. Also promotes the father's presence in the hospital environment, strengthens the emotional bond and assists in the care provided to your child.

KEY WORDS: Obstetric, Humanization of assistance, nursing care, postnatal care, Premature

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	14
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
5 METODOLOGIA	19
6 REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho na maioria das vezes é considerado um momento único, esperado com muita ansiedade pelos seus pais e familiares, pois é quando os sonhos e expectativas de vida se concretizam com a continuidade e renovação da existência da família (PIMENTA, 2008). A autora, ainda, descreve que desde a concepção, os futuros pais visualizam uma criança perfeita, sadia, que irá crescer e se desenvolver sem nenhuma alteração ou intercorrência no seu estado de saúde (PIMENTA, 2008).

Assim, quando a criança existente não é aquela imaginada quase sempre é um momento difícil para a família, aqui referida como pai e mãe, visto que a internação de um filho na UTIN, seja ele prematuro ou doente, em um ambiente estranho é um fator que gera insegurança (ZEN, CECHETTO, 2008, apud SANTOS, 2006). Esta vivência da família frente à internação hospitalar da criança torna-se um evento potencialmente estressante, pois a insere em um ambiente que frequentemente ameaça seu senso de segurança e competência (SILVEIRA, ÂNGELO, MARTINS, 2008). Deste modo, vivenciam o processo de prematuridade do filho.

Entretanto, as mulheres/mães podem reagir de diferentes formas à situação de tensão. Kamada e Rocha (2006) descrevem que em algumas situações, elas parecem se entregar totalmente ao bebê, mantendo um intenso envolvimento, porém na sua maioria desenvolve medo, insegurança e rejeição por aquele ser tão pequeno e frágil, tão diferente daquele desejado. Para minimizar esses sentimentos negativos, têm-se buscado uma assistência centrada na família. Um apoio está na equipe de enfermagem que deixa de ser realizadora, unicamente, de cuidados técnicos para exercer a função de facilitadora da experiência na hospitalização tanto para a criança quanto para seus pais (SILVEIRA, ÂNGELO, MARTINS, 2008)

A humanização da assistência agrega, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano (BRASIL, 2008). O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo e deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano. (CARMAGNANI, 2005).

Segundo a Política de Atenção Humanizada (BRASIL, 2002), o Ministério da Saúde aponta que diferentes estudos enfatizam a importância dos cuidados maternos e da permanência das mães junto aos filhos, durante a hospitalização, apresentando reflexões sobre a influência e os danos da separação mãe-filho. A partir desse princípio foi implementado o método mãe canguru. É uma técnica desenvolvida na Colômbia e foi adaptada as maternidades brasileiras ao final da década de 80 (BRASIL, 2002). A principal diretriz do método é manter o bebê junto ao corpo materno, na altura do peito envolvido por uma faixa, mantendo o contato pele-a-pele, controle da temperatura corporal e promovendo todos os benefícios na relação mãe-filho. Além das vantagens acima, observou-se, desde o início, que o contato pele a pele precoce e duradouro entre a mãe e o seu filho também favorecia a formação de vínculos afetivos e um melhor desenvolvimento do bebê, o que despertou interesse do UNICEF por pesquisas e observações desta nova prática (LAMY et al. 2005).

Estudos apontam que a criança prematura ou de baixo peso necessita da presença materna, promovendo uma interação entre ambos e possibilitando a equipe avaliar dificuldades que possam existir nesta aproximação. Isto é, as habilidades e/ou dificuldades dessa (ou de quem assume o cuidado da criança) tornam-se integrantes na assistência à saúde, visto que os pais podem apresentar dificuldades ou medos para cuidar de seus filhos, necessitando apoio durante a internação, inclusive, após a alta hospitalar (LAMEGO, et al, 2005; LIMA, PEREZ, 2002; MCLOUGHLIN, 1995).

A assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares desses neonatos tem sido prioridade nos serviços de neonatologia. O longo período de internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego (LAMEGO, et al, 2005; LIMA, PEREZ, 2002). Uma comunicação respeitosa, clara e concisa entre as equipes que prestam o cuidado, entre a equipe e a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo. Mulher e familiares devem receber apoio constante da equipe assistencial que procura esclarecer quanto as suas angústias e dúvidas, utilizando uma linguagem clara e acessível e com tom de voz que traduza calma e serenidade (ANDRADE; LIMA,2014).

A comunicação alvo principal no relacionamento entre as pessoas tornam-se imprescindíveis aos profissionais de saúde na solução de situações que são desconhecidas e conflituosas no ambiente hospitalar (OLIVEIRA et al 2005). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ambiência hospitalar na saúde corresponde ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora resolutiva e humana. Zen e Cechetto (2008) revelam que o ambiente hospitalar tem sido apontado como importante fator no enfraquecimento do vínculo mãe e recém-nascido pelo fato de ser temido pela família que colabora na diminuição do contato diário com o filho.

A figura materna é o sujeito mais importante ao apoio ao recém-nascido. No entanto não é reconhecida por muitos profissionais da saúde na tomada de decisões e em determinados momentos pode executar procedimentos inerentes aos profissionais de enfermagem (Collet N, Rocha SMM 2004). Nestes espaços, nota-se a necessidade do diálogo entre a equipe de enfermagem e a família para construção de vínculos com objetivo de bem-estar dos envolvidos neste processo (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). Apesar de a mulher ser vista como espetáculo e provedora de informações não tem participado ativamente do processo terapêutico de seu filho (Collet N, Rocha SMM 2004). Ainda, como consequência, não é percebida como alguém que, também, necessita ser cuidada. Ela se envolve no cuidado de seu filho, ora impulsionada pelo sentimento de mãe, ora pela imposição da equipe que está envolvida nesse atendimento (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

1.2 justificativa

Este estudo justifica-se porque pude observar ao longo de 15 anos em que atuei na maternidade as diversas dificuldades enfrentadas por essas mulheres (Mães nutrizas) que permanecem por muito tempo no hospital enquanto seu filho está internado na UCIN. São situações que envolvem não somente a família mas também toda equipe que por muitas vezes compartilham deste sofrimento com a mãe de um filho prematuro ou mal formado ou, com patologias graves ou até mesmo com a perda de filho. Muitas dessas mulheres não podem contar com o apoio do marido ou familiar, por morar distante ou por “não ter direito ao acompanhante”. Isso

significa não tem um familiar ou conhecido próximo para dividir sua dor ou seus sentimentos.

A partir destas inquietações despertou-me a necessidade de quer mudanças na unidade para melhor assistir essas mulheres. Deste modo, pretende-se contribuir para minimizar seus anseios, melhor aceitação quanto o tratamento do seu filho, diminuir stress e riscos de depressão puerperal, trazer o pai para junto da família, fortalecendo o vínculo afetivo e auxiliando nos cuidados dispensados ao seu filho. Assim, surgiu o seguinte questionamento: Como proporcionar um ambiente mais tranquilo, confiante e menos traumático, onde a mulher possa contar com o apoio da equipe e da família?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Implementar um protocolo de ações e procedimentos de enfermagem para uma assistência qualificada e humanizada às mulheres (mães nutrizes) que permanecem por longos períodos na maternidade até que o RN receba alta.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a). Identificar as principais queixas ou necessidades para melhorar a qualidade da permanência das mulheres até a alta do RN;
- b). Desenvolver ações de enfermagem que possibilitem interação equipe com a longa permanência;
- c). Sensibilizar e aplicar o protocolo de intervenção para melhoria do atendimento as puérperas de longa permanência.

2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

As mulheres que estão na condição de “mães acompanhantes” ou denominadas de mãe-nutriz são aquelas que já receberam alta hospitalar, mas seus recém-nascidos ainda necessitam de cuidados. Elas ficam internadas em enfermarias da maternidade por longo período. Assim, ao vivenciar estas condições na maternidade do Hospital Regional de Planaltina/DF onde as mulheres, em sua maioria ficam por dias ou até mesmo meses distante da família, ou porque moram fora do DF ou seu bebê ainda está sobre cuidados intensivos, elas ficam em enfermarias “sem assistência” e esquecidas pela equipe de Enfermagem, visto que a mesma prioriza as mulheres recém-internadas (Alojamento conjunto e ginecologia), percebeu-se que era preciso dar atenção, também, a mulheres em longa permanência no ambiente hospitalar.

Atualmente, a unidade está com déficit de recurso humano e isso dificulta uma assistência de qualidade. Quando essas mães acompanhantes procuram algum atendimento para suas queixas é que a assistência de enfermagem acontece. Isso incomoda não só a mim, mas toda equipe do setor. Na maternidade não há espaço físico ou objetos para seu entretenimento nas horas em que não está com seu filho ou mesmo alguém para conversar nos momentos de recaídas de seus filhos, ou problemas deixados no seu lar. Para amenizar esse desconforto e fatores que, possivelmente, levariam a depressão pós-parto pensou-se em uma intervenção de Enfermagem, no sentido de minimizar efeitos que seriam preditores da depressão e fortalecer o vínculo entre mulher, RN, família e equipe.

3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Regional de Planaltina que foi fundado em 28/12/1976. É uma Instituição pública de saúde que divide-se em 5 blocos: Bloco materno-infantil, inaugurado em novembro de 2000); Bloco da emergência (subsolo – área administrativa térreo); Bloco do ambulatório (laboratório, Rx , banco de sangue, banco de leite, consultórios, internação de clínica médica, cirúrgica e pediatria, cozinha do hospital, refeitório, arquivo médico), Bloco da lavanderia (área externa do hospital, a lavanderia e a anatomia patológica) e o Bloco de serviços gerais e transporte.

O hospital conquistou o título de IHAC (Hospital Amigo da Criança) em Dezembro de 1996 que se mantém até hoje. Em 2014, realizou cerca de 3.308 partos, sendo 1066 cesárias e 2242 partos normais. Dos RNs nascidos no hospital 11% forma internados na UCIN. A maternidade é composta de 56 leitos, sendo um leito destinado a situações que necessitem de isolamento, 12 leitos para ginecologia, 28 leitos de alojamento conjunto, 10 leitos mães-nutrizes e 05 destinados a mãe canguru. Com 02 postos de enfermagem. 01 secretaria, 01 sala para teste da Orelhinha, 01 sala testes do Pezinho e Coraçõzinho, 01 sala de banho e cuidados do Recém-nascido, 01 sala de curativo, 01 copa, sala de extração manual de leite materno.

A equipe da maternidade por período é composta, hierarquicamente, por uma/um Enfermeira/o supervisora/r para resolver parte burocrática e supervisionar equipe, realizar parte assistencial quando algum enfermeiro se encontra de férias ou de atestado médico, 01 Enfermeira assistencialista para atender todo setor, encaminhar exames, pareceres, transferência de pacientes, 05 Auxiliares de enfermagem para atender ginecologia, alojamento conjunto, mãe nutriz. Uma auxiliar de enfermagem é escalada para dar assistência aos RN patológicos da mãe nutriz, realizar vacinas tríplice viral em todas mulheres que recebem alta, pesar todos RN que recebem alta. Ainda, a maternidade conta com 01 pediatra que avalia os RN pela manhã e um outro que fica de sobreaviso na UCIN, 02 médicos obstetras avaliam as mulheres pela manhã e caso necessite no decorrer do dia e da noite é solicitado avaliação para o plantonista do centro obstétrico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação e o nascimento são momentos especiais, onde se desenvolvem grandes expectativas tanto para a mulher como para o homem e a família. De repente, o sonho de levar seu bebê para casa e cuidar dele, torna-se para muitas mães um pesadelo e confusão de sentimentos (MARTINS; OLIVEIRA,2010). Relata ainda que o estresse em ter um recém-nascido de alto risco causa às mães alterações no seu cotidiano, abalando a vivência e a dinâmica familiar. No ambiente hospitalar, a assistência prestada pouco se articula com a situação da mãe que possui um bebê internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MARTINS; OLIVEIRA,2010).

O local onde a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde ela não possa expressar livremente seus sentimentos e suas necessidades. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas. É necessário que se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam (BRASIL 2008). Relata ainda que as atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado (BRASIL 2008).

O processo de assistir, desenvolvido pela enfermagem, vem sofrendo inúmeras transformações no decorrer da história. Atualmente, processos de assistência se entrelaçam com a atenção ao empoderamento daqueles que estão sendo assistidos ou daqueles que participam ativamente do cuidado. Isso ocorre especialmente, através da educação em saúde, que se efetiva por ações educativas voltadas ao indivíduo na sua singularidade (ROSA. J. et al., 2012).

Na busca de uma assistência voltada à humanização do atendimento nas unidades neonatais, equipes de neonatologistas propuseram intervenções, centradas na presença da mãe e da família como participantes do cuidado do recém-nascido. (LAMY et al 2005; LANSKY 2002). Os resultados de uma interação precoce, isto é, entre mãe e o bebê ainda internado na UTI neonatal, descrevem que estes estímulos favorecem um maior desenvolvimento global da criança para futura interação social e desempenho escolar (KLAUS; KENNEL,1993).

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica leve, imprescindível no cuidado em saúde, pois quando realizada com responsabilidade tende a sedimentar um trabalho com qualidade, gerando relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado (ALBUQUERQUE et al 2008). O Ministério da saúde constata que:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar, outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. (BRASIL, 2008)

Humanizar é ir além da tecnologia, da informatização é tocar o intocável que é o sentimento, é respeitar o outro nas suas limitações, suas individualidades, suas crenças, é ouvir é acolher. “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem proceder uns em relação aos outros com espírito de fraternidade” (PIOVESAN, 2012, p. 471).

A humanização se traduziria em um movimento instaurador de uma nova cultura assistencial, caracterizada por maior qualidade e por uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento e alteridade e no diálogo (LIMA 2010).

Para Brostel (2011) humanizar a assistência à família e ao recém-nascido significa oferecer um cuidado integral e singular, dando ênfase às suas crenças, valores, individualidades e personalidade, uma vez que cada ser é único e envolvido em um contexto familiar, que possui uma história de vida, que deve ser respeitada para que a dignidade seja mantida durante a hospitalização. Em que pesem os diversos obstáculos que dificultam a atuação dos trabalhadores da área da saúde (em especial os da enfermagem), de maneira a valorizar o humano, acredita-se que a humanização é sempre possível, desde que a intencionalidade esteja presente (GENOVEZ et al 2005).

Pode-se afirmar que para haver humanização deve haver: compromisso com a ambiência (bem-estar integral em determinado ambiente), melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade (experiências coletivas significativas); apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e

comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004).

É importante o desenvolvimento da educação continuada e permanente para que os profissionais tenham condições de prestar assistência com integralidade considerando o binômio mãe/filho. Os profissionais precisam desenvolver atividades que não somente visem aos procedimentos que são indispensáveis a sobrevivência do bebê, mas também reservar um tempo para proporcionar à mãe e ao bebê o fortalecimento do amor entre ambos (MARTINS; OLIVEIRA,2010).

Quanto maior interação de pessoas, equipes, áreas, serviços e políticas pode significar melhores resultados nos indicadores de saúde e satisfação de trabalhadores, de gestores e de usuários (BRASIL, 2010).

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo que utilizará a intervenção junto a equipe da maternidade, as mulheres e familiares. Ao longo do projeto elaborar um diagnóstico situacional durante as visitas realizadas rotineiras, e a partir de aí estabelecer um plano de ação. A implementação dessas ações serão realizadas a partir da elaboração de um protocolo de ação que dependerá das seguintes etapas:

1ª Etapa – Reuniões com Gestores – Realizar reuniões com os Gestores do HRPL (Coordenação Geral, Diretor Administrativo, Gerencia de Enfermagem) para apresentação do projeto de intervenção e solicitar apoio para a efetiva implantação das atividades educativas;

2ª Etapa – Realizar abordagem em Rodas de Conversa com a presença Enfermeiras e técnicas de Enfermagem da maternidade para apresentação do projeto de intervenção e firmar parcerias para a implementação das atividades educativas e das consultas puerperal; Discutir sobre uma escala de revezamento na realização das intervenções de forma contínua, e agregada à rotina da Unidade; Avaliar e aprovar um cronograma, com datas de inicialização das atividades, responsáveis pela condução, determinação do tempo para a abordagem dos temas, além daqueles que demandarão de forma espontânea pelas puérperas e pais;

3ª Etapa – Definição de atividades a serem executadas, de acordo com o desejo as mulheres e acompanhantes, além dos temas abordados de acordo com a situação em que estão vivenciando. Possíveis temas que poderão ser abordados: orientações sobre características do RN prematuro (mudança de coloração da pele do bebê, pausas respiratórias, regurgitações, hipoatividade) e capacitar para a administração de medicamentos e alimentação via oral e preparar o casal para alta e os cuidados com RN em seu lar.

4ª Etapa – Estipular três dias na semana, preferencialmente no período vespertino para a realização das rodas de conversas com duração de 40 minutos, tendo a/o enfermeira/o como mediadora/r. A roda de conversa será aberta onde todos possam participar, falar de suas preocupações, anseios, das suas dificuldades, uma trocar experiências.

5ª Etapa – Realização da consulta de enfermagem puerperal (revisão de parto), retirada de pontos, entre outras atividades, será realizada nas 3ª e 5ª feiras no período da tarde e registradas no portuário das mulheres, ou ficha de evolução; As atividades manuais serão desenvolvidas com acompanhamento de uma técnica de enfermagem no período noturno das 22:00 as 23:00 horas. Todas as atividades (rodas de conversas e consultas ou atividades manuais) serão anotadas em um livro Ata, assim como o próximo tema a ser abordado será definido entre as/os participantes.

Público Alvo

Mulheres puérperas, RN, Equipe de Enfermagem, pais acompanhantes e família.

Metas

Abaixo estão descritas as metas para a implementação do projeto:

- 1) Equipe de enfermagem: Primeiramente, estabelecer parceria com 100% das enfermeiras do setor para execução das consultas puerperais, por meio de rodas de conversa. Serão realizados 3 encontros semanais (dias e horários preestabelecidos adequando a rotina do setor) para sensibilização da proposta; Conscientização da equipe quanto a importância de uma assistência humanizada com olhar voltado para a família; independentemente, de estar de alta médica; Desenvolvimento de protocolo de cuidados pós-alta médica a essas mulheres acompanhantes (Mães nutrízes).
- 2) Redução do estresse de longa permanência: proporcionar a presença de um acompanhante (pai e família), isto é, trazer o pai para junto dessa mulher e filho (o pai poder estar presente juntamente com a mulher independente o RN estar na enfermaria ou na UCIN). Proporcionar a visita dos outros filhos na maternidade em horários estabelecidos;
- 3) Ambiência hospitalar: proporcionar um ambiente de descontração, aquisição de um televisor, promover atividades de entretenimento como trabalhos manuais e rodas de conversas sobre direitos reprodutivos, civis.

4). Outros membros da equipe multiprofissional: pactuar com o serviço a vinda de psicóloga/o com os gestores.

Orçamento

Ordem	Discriminação do Material	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor total R\$
1	Papel A4	500	0,03	15,00
2	Folder	100	3,00	300,00
3	Canetas	20	2,00	40,00
4	Cx lápis de cor	15	25,49	382,35
5	Linha	15	5,00	75,00
6	Agulha	10	1,00	10,00
7	Tecido	15 m	10,00	150,00
8	Fita Adesiva	2	5,00	10,00
TOTAL				982,35

Recursos Humanos

01 Enfermeiro por período para acompanhamento dessas mulheres, verificando mamas, auxiliando na extração manual do leite e armazenamento do mesmo, consulta puerperal e retirar pontos, acompanhamento da mãe canguru até sentir segura e dar apoio psicológico (roda de conversas) etc., com registros e evolução no prontuário;

02 Auxiliar de Enfermagem para prestar assistência e auxiliar nas atividades manuais;

01 psicólogo 2x por semana ou quando houver necessidade;

01 serviço social para intermediar nos problemas familiares, saídas etc.

Acompanhamento e avaliação do projeto

O acompanhamento do projeto será realizado através de observação e informações de nível de satisfação das mulheres e acompanhantes. No mês de

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE GL; MARTINS JJ, AUSEN MAB, MANSCHEIN AMM, SCHNEIDER DG. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** Rev Texto Contexto– Enferm, 2008; 17(1): 1-10.

ANDRADE CAM; Lima CMBJ. **Humanização do parto,** Caderno humaniza sus (1) Volume 4, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso método canguru.** Brasília (DF):Ministério da saúde;2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde O SUS de A a Z: Série F. **Comunicação e Educação em Saúde** – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.480p.

BOWLBY J. **Cuidados maternos e saúde mental.** 5ªed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2006.

BROSTEL, VMA. **Visão materna e uma proposta de humanização em UTI Neonatal no Hospital Regional da Asa Sul.[Artigo] Brasília(DF)2011.**

CARMAGNANI SIM. **Política de Humanização.** Disponível <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br>>. Acesso em: 10 out. 2015.

COLLET N, ROCHA SMM. **Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado.** Rev Latino- Am Enfermagem. 2004;12(2):191-7.

GENOVEZ, CBA; MOLINA, MAS; DOURADO, VG; MATSUDA, L.M. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 4, n. 3, p. 269-275, set./dez. 2005

KAMADA I, ROCHA SMM. **As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação trabalho da enfermeira em UTIN.** Rev Esc Enferm USP 2006; 40(3): 404-11.

KLAUS MH, KENNEL JH. Pais/bebê: **a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1993

LAMEGO, DTC, DESLANDES SF, MOREIRA MEL. **Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica.** *Cien Saúde Colet* 2005; 10 (3):669-673.

LAMY ZC, GOMES MASM, GIANINI NOM, HENNIG MAS. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso– Método Canguru: a proposta brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):659-668.

LANSKY S, FRANÇA E, LEAL MC. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura.** *Revista de Saúde Pública*. 2002;36:759-772.

LIMA MMF. **Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica** Portal humaniza.org.br.2002.

LIMA, A.P.C. **A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não- governamental.** 2010. 351 f. Dissertação [Mestrado] -_Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LIMA RAG, ROCHA SMM, SCOCHI CGS. **Assistência à criança hospitalizada: reflexão acerca da participação dos pais.** *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999;

MARTINS L, OLIVEIRA EA. **Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal.** *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21 (2):107-116

MCLOUGHLIN AM. **Formal and informal for mothers who have had a baby in neonatal intensive care Unit.** [thesis]. Manchester (UK): University of Manchester; 1995.

OLIVEIRA OS, Nóbrega MML, Silva AT, Ferreira Filha MO. **Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva.** *Rev Eletr Enferm*. 2005; 7(1):54-63

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 13.ed., ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIMENTA EAG, COLLET N. **Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada.** *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2008

QUIRINO DD, COLLET N, NEVES AFGB. **Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante.** *Rev Gaúcha Enferm*. 2010

REBEIRO CA. **Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização.** [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 199

ROSA, J. et al. **Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia.** *Revista de enfermagem. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões*. v. 1,

n. 1 (2005). Disponível em:
<<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem>>. Acesso em: 05 set. 2015.

SANTOS LM, OLIVEIRA ES, NASCIMENTO ACST et al. **Vivência de mães acompanhantes de crianças hospitalizadas na unidade de clínica pediátrica**, Revista Eletrônica **Gestão & Saúde** Vol.05, Nº. 02, Ano 2014 p.346-60.

SILVEIRA AO, ÂNGELO M, MARTINS SR. **Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família**. Rev Enferm UERJ. 2008;16(2):212-

ZEN, NÁTALI L.; CECHETTO, FÁTIMA H. **Assistência de Enfermagem à Família em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: Um estudo de Revisão da Literatura**. Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, São Paulo, v.8, n.2, p.83-9, dez, 2008.