



## **Acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepções das profissionais e mães**

*User embracement in the Neonatal Intensive Therapy Unit:  
perceptions of professionals and mothers*

**Aline Rodrigues da SILVA\***  
**Edla HOFFMANN\*\***  
**Sabrina Silva ZACARON\*\*\***

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo discutir concepções dos profissionais e usuários(as) acerca do acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola Januário Cicco (UTIN/MEJC). Neste sentido, buscou-se evidenciar os desafios que implicam na efetivação dos vínculos entre os(as) profissionais e usuários(as). Caracteriza-se como um estudo qualitativo, de enfoque misto, apresentando análises dos dados coletados mediante entrevistas com as famílias e questionários aplicados aos profissionais da UTIN. Os resultados apontam que tanto os/as profissionais, como os(as) usuários(as) possuem dificuldades de compreensão acerca do conceito de acolhimento na saúde. Por sua vez, o processo de vinculação na UTIN tem sido fragilizado em detrimento de dificuldades em que os profissionais encaram diariamente.

**Palavras-chaves:** Humanização da saúde. Acolhida. Vínculo.

**Abstract:** This article discusses the understanding of professionals and service-users around Reception in the Neonatal Intensive Therapy Unit of the Januário Cicco Maternity School (NITU/JCMS). It seeks to evidence the challenges of the interface between professionals and service-users. It is a qualitative study, with a mixed focus, which presents an analysis of data collected from interviews with families and questionnaires given to professionals of the NITU. The results indicate that both service-users and professional had difficulties of understanding in relation to the concept of Reception. In its turn, the process of bonding in the NITU has become more fragile, making worse the difficulties that professionals encounter every day.

**Keywords:** Humanization of Health. Reception. Bond.

*Submetido em: 13/1/2018. Aceito em: 12/4/2018.*

---

\*Assistente Social. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo Neonatal pela Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN, Natal, Brasil). Av. Nilo Peçanha, nº 259 – Petrópolis (Natal, RN). E-mail: <allyne\_silva1@hotmail.com>. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-4391-0720>>.

\*\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Natal, Brasil). Av. Hermes Fonseca - s/n, Campus Universitário Lagoa Nova (Natal, RN). E-mail: <edlahoff@gmail.com>. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-3431-9688>>.

\*\*\* Assistente social da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Docente de Serviço Social pela Universidade Potiguar (UnP). E-mail: <sabrinazacaron@hotmail.com>. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-4630-1231>>.



## INTRODUÇÃO

A partir da Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, a humanização na saúde é considerada um instrumento de transformação social, uma vez que repensa os processos e as práticas nesse contexto, corresponsabilizando os atores e sujeitos sociais e destacando dispositivos que visam potencializar o modelo assistencial e gerencial no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as práticas de humanização, destaca-se o acolhimento, um dos pilares essenciais do princípio da integralidade, que vem se tornando uma temática indispensável nos campos da saúde, da ética e das políticas sociais, particularmente, como diretriz da atual PNH (2013).

Nessa perspectiva, o presente artigo é resultado de uma pesquisa qualitativa realizada em uma maternidade<sup>1</sup> a partir da inserção do profissional de serviço social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na área de concentração em UTIN. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes (CEP/HUOL), parecer n. 2.073.227, e teve como objetivo discutir o acolhimento no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola Januário Cicco (UTIN/MEJC), na percepção das profissionais e das mães dos bebês hospitalizados, com vistas a evidenciar os desafios que implicam a efetivação desse acolhimento.

O estudo foi orientado pelo método histórico-dialético e efetivado a partir de uma pesquisa de campo, com enfoque misto, pois contemplou dados qualitativos. O universo da pesquisa é representado por 25 (vinte e cinco) mães e 99 (noventa e nove) profissionais da equipe da UTIN. Desse universo, foram selecionadas 05 (cinco) mães e 10 (dez) profissionais. A amostra escolhida foi a não probabilística intencional, tendo em vista que possibilitou definir a população estudada. Para a coleta de dados, foram criados e validados instrumentais exclusivamente para a pesquisa. Com as 05 (cinco) mães cujos bebês encontravam-se internados na UTI, foi utilizado formulário de entrevista semiestruturada. Com relação às 10 (dez) profissionais, procedeu-se a um questionário semiestruturado. As profissionais representam diferentes categorias, tendo como critério de inclusão trabalhadores/as da UTIN há pelo menos 02 (dois) anos no setor, tanto no turno diurno quanto no noturno.

O maior quantitativo de profissionais presentes na UTIN é representado por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais estão envolvidos diretamente na assistência aos bebês. Diante disso, optou-se por um representante de cada categoria profissional do locus abordado, como: serviço social, psicologia, nutrição, medicina (pediatria), fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, técnico de enfermagem, terapia ocupacional e farmácia.

No que se refere ao perfil das profissionais participantes da pesquisa, todas são do sexo feminino. Dentre elas, 9 (nove) possuem pós-graduação *lato sensu* e 1 (uma) *lato sensu e stric-*

---

<sup>1</sup> A Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) é referência no estado do Rio Grande do Norte (RN) nas áreas de alto risco gestacional, saúde da mulher e cirurgia ginecológica. A maternidade está inserida na alta e média complexidade, atendendo demandas de todos os municípios do estado. Por se tratar de uma maternidade universitária, possui compromisso com ensino, pesquisa e extensão, além disso, todos os atendimentos realizados e oferecidos são ofertados gratuitamente, tendo em vista que o serviço integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

to *sensu* (mestrado). Todas elas trabalham em média de dois a dez anos em UTIN e a maioria (8) tem mais de um vínculo empregatício.

Os dados coletados durante a pesquisa foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, o que contribuiu para a sua interpretação e a avaliação durante a pesquisa (BARDIN, 2004). As categorias de análise elencadas para essa pesquisa foram: humanização na saúde e acolhimento. No decorrer das análises, surgiram outras categorias, como: vínculo, integralidade, confiança e empoderamento, as quais foram incorporadas ao estudo.

O trabalho está estruturado em 4 (quatro) seções, a saber: a presente introdução; os resultados e as falas ilustrativas das profissionais e das mães, bem como suas percepções sobre o acolhimento; os desafios expostos pelos profissionais e pelas mães, os quais trazem implicações para a construção dos vínculos e, conseqüentemente, fragilizam o acolhimento; por fim, as conclusões, oriundas da pesquisa e de sistematizações, seguidas das referências que subsidiaram a construção deste artigo.

## **1 ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS E MÃES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

No Brasil, a luta pelos direitos humanos foi incorporada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o qual se constituiu como um projeto civilizatório democrático que visava à transformação da situação sanitária vivenciada no país, trazendo uma abordagem inovadora sobre o conceito do processo saúde-doença e propostas de mudança em âmbitos institucional, político, ideológico e social (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Nesse contexto, surgiu o SUS como política pública que preconiza a defesa do direito à saúde através de ações de promoção, proteção e recuperação, baseando-se principalmente nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

Diante disso, o debate sobre humanização pode ser considerado recente, ganhando espaço somente no ano de 2000, com a XI Conferência Nacional de Saúde, que trouxe o tema *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social* (CALVETTI et al., 2005). Esse assunto ganhou visibilidade e influenciou diretamente na qualidade do atendimento, pois crescia a insatisfação dos/as usuários/as em relação às posturas desrespeitosas dos profissionais de saúde durante os atendimentos, além da precariedade dos serviços, da estrutura física e de recursos humanos (DESLANDES, 2004).

Nesse sentido, a instauração da PNH no ano de 2003 teve como objetivo qualificar as ações do SUS, devendo ser operada transversalmente em toda a rede de atenção à saúde. A humanização e seus princípios devem ser traduzidos nas relações entre os/as profissionais e as famílias, entre a diversidade de trabalhadores/as de unidades e serviços de saúde e instâncias que constituem o SUS.

É inegável considerar os avanços do HumanizaSUS frente à aplicabilidade nos serviços de saúde, todavia, os/as profissionais que estão diariamente no atendimento direto às famílias sofrem com precarização dos serviços, relações de trabalho fragilizadas e/ou flexibilizadas e desvalorização por parte da gestão. Aqui cabe ressaltar o baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores da saúde e a ausência de garantia do Plano de Carreiras, Car-

gos e Salários (PCCS) para todos os profissionais, que tem por finalidade valorizar trabalhadores da saúde por meio de oportunidades de desenvolvimento, qualificação e evolução profissional, refletindo na qualidade da prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

Além disso, os modelos de gestão se constituem, cada vez mais, centralizados e verticalizados, impossibilitando a comunicação horizontal. Por esse motivo, modificar o modelo de gestão adotado pelo Estado nos últimos anos, no tocante às políticas públicas, é um desafio fundamental. A transformação precisa acontecer em uma dimensão que altere não somente os processos de trabalho na saúde, mas que também seja ampliada, progressista e investida fortemente na proposta do Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, que envolve ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Esse modelo propõe estabelecer e organizar uma educação responsável por processos participativos que promovam mudanças e mobilizações dos sujeitos coletivos.

Desse modo, faz-se necessário aproximar as famílias e os/as usuários/as da construção da política de saúde, inserindo-os/as nos diferentes níveis de atenção. Essa dinâmica é essencial para a integralidade e universalidade no acesso, potencializando o controle social e a produção de saúde. Vale destacar que a participação social dos/as usuários para a construção democrática da política de saúde foi fortalecida a partir do debate a respeito do controle social instituído pela Lei n.8.142/90 (BRASIL, 1990), a qual estabeleceu Conselhos, Conferências e fundos como mecanismos de controle social nas três instâncias de governo.

Assim, a participação dos usuários pode e deve interferir na gestão pública, direcionando seus interesses nos processos democraticamente decisórios das ações da política de saúde (CORREIA, 2009). Logo, compreende-se que o acolhimento, sendo uma diretriz da PNH, é imprescindível para a efetivação do direito ao acesso à saúde, posto que possibilita a escuta e a participação de usuários e trabalhadores de saúde.

Na literatura, o acolhimento possui algumas definições que o constroem a partir de elementos fundamentais para a sua efetivação nos serviços de saúde. Sendo assim, perguntou-se tanto às profissionais quanto às mães dos bebês hospitalizados na UTIN sobre suas compreensões acerca do acolhimento na saúde. No âmbito geral, destacou-se o acolhimento, na perspectiva da PNH, como postura profissional, prática de receber o outro, *ajuda* ao outro e técnica de admissão dos bebês.

Dentre as 10 (dez) profissionais que participaram da pesquisa, 4 (quatro) delas destacaram a escuta qualificada, a integralidade do cuidado, a confiança e o reconhecimento das necessidades de cada família como pontos fundamentais na aplicabilidade do acolhimento na UTIN. “Acolher é reconhecer as necessidades de cada família. É proporcionar uma escuta qualificada. É prestar uma assistência baseada na integralidade do cuidado” (P01<sup>2</sup>).

A questão da integralidade apareceu frequentemente nas falas, podendo-se, assim, considerá-la como uma das principais categorias. Esse aspecto está posto como um dos princípios doutrinários/finalísticos do SUS e foi ressaltado no Decreto n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011). Pa-

---

<sup>2</sup> Como uma forma de garantir o sigilo, a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se “P” como referência à fala das profissionais e o algarismo para representar as falas distintas.

ra Mattos (2001), a integralidade não possui uma única definição, considerando que existem três sentidos norteadores, quais sejam: o sentido das atribuições e práticas dos profissionais de saúde, da organização das políticas sociais e da contrapartida do governo frente às necessidades de saúde. Todo esse processo faz parte das boas práticas em saúde, uma vez que favorece o fortalecimento da integralidade do cuidado no processo saúde-doença da população. Além disso, expressa diferentes necessidades de saúde que serão evidenciadas através de uma escuta qualificada, gerando confiança e vínculos entre profissionais e famílias que buscam o cuidado em saúde. Destarte, o acolhimento significa potencializar as necessidades de saúde como o centro das intervenções e práticas (CECÍLIO, 2009).

Por essa razão, o acolhimento se constitui como uma estratégia adequada para melhorar a oferta da assistência à saúde, a partir do momento que centraliza os processos de trabalho na família, inserida nas relações sociais e capaz de exercer seus direitos. Conforme expresso na fala de uma profissional, “[...] uma assistência à saúde humanizada acolhe as pessoas em suas diferenças e suas dores, bem como as torna mais empoderadas e participativas no processo de trabalho na saúde” (P07).

O acolhimento estimula a participação da família no processo saúde-doença e desenvolve a capacidade de *empoderar*. Contudo, é importante estabelecer relações analíticas sobre a categoria *empoderamento*, já que tem sido objeto de discussão por diversos setores da sociedade e traduz distintas concepções. Concorda-se com Siqueira (2013) quando esta faz a crítica a essa categoria relacionada à pobreza, uma vez que a proposta do “[...] empoderamento [...]” (SIQUEIRA, 2013, p. 137) para os pobres e excluídos da sociedade não expressa a possibilidade do *desempoderamento* dos mais fortes, de modo que não altera a correlação de forças e não enternece o poder político e econômico dos poderosos.

Nessa perspectiva, não será através do desenvolvimento das capacidades individuais dos pobres e excluídos e do *empoderamento* de sujeitos que será possível transformar as relações de poder, de dominação e de exploração. Ao contrário, tais relações de desigualdade social somente poderão ser modificadas alterando as estruturas de poder econômico e político (SIQUEIRA, 2013).

As desigualdades sociais refletem nas condições de vida e de saúde da população, por essa razão, são indissociáveis do processo de acumulação capitalista, da organização social e da inserção dos indivíduos em classes sociais. Porém, as desigualdades sociais em saúde e iniquidades sociais poderiam ser compensadas em parte por meio do acesso a sistemas públicos universais e equânimes (BARATA, 2009).

Contudo, no Brasil, as desigualdades sociais, que levam a problemas como o desemprego e a miséria, são aprofundadas pela desresponsabilização do Estado diante do fenômeno da mundialização do capital no contexto neoliberal. Embora a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) tenha implementado a seguridade social, constituída pelo tripé saúde, assistência social e previdência social, as políticas sociais vêm sofrendo rebatimentos oriundos da contrarreforma do estado, iniciada na década de 1990, fenômeno que vem desconstruindo o caráter público das políticas de responsabilidade do Estado e consolidando a cultura da crise no país. Assim, ocorre o beneficiamento da hegemonia burguesa, do setor privado e do filantrópico, que desfavorece os direitos sociais da classe trabalhadora, refletindo no desmonte

da seguridade social. O maior agravante desse desmonte é o financiamento, pois tem sido regressivo e não progressivo, já que os recursos arrecadados estão sendo colocados para o pagamento dos juros intermináveis da dívida pública (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

Diante dessa conjuntura, pode-se afirmar que o acolhimento é uma das estratégias de orientação às famílias, devendo ser realizado pelas diversas categorias profissionais, na medida em que possibilita o fortalecimento e a autonomia de sujeitos e a superação de fragilidades, mediante a compreensão sobre os direitos e deveres, numa perspectiva de política pública universal e equânime que proporcione a garantia da dignidade humana.

Porém, o *empoderamento* da classe trabalhadora não altera as contradições existentes na sociedade capitalista, posto que reforça ainda mais a condição de exploração da classe trabalhadora pelo capital, “[...] portanto não incide na acumulação capitalista (nem no poder econômico, nem no poder político, nem no poder ideológico), o que acaba mantendo e reproduzindo a dialética pobreza/riqueza” (SIQUEIRA, 2013, p. 253).

A população que recorre ao serviço público de saúde, em sua maioria, é oriunda da classe trabalhadora, permeada pela desigualdade social, a qual é caracterizada pelas diferenças no estado de saúde dos distintos grupos sociais, estabelecidas pela riqueza, pela educação, pela ocupação, pela raça e etnia, pelo gênero e pelas condições de local de moradia (BARATA et al., 1997). Tais características são apresentadas no âmbito da saúde por meio de variadas demandas e necessidades sociais, que acabam sendo desafios para os profissionais planejarem e proporem estratégias resolutivas com o objetivo de amenizar as desigualdades sociais em saúde, que são manifestadas pelo processo saúde-doença. Essas necessidades sociais em saúde dar-se-ão pela sua historicidade e pelas dinâmicas da realidade, que possuem não só uma natureza coletiva, mas também subjetiva e individual, não podendo ser analisadas isoladamente (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Na medida em que as necessidades são expostas pelas famílias nos serviços de saúde, as relações sociais são construídas entre os/as trabalhadores/as e as famílias. Assim, o acolhimento pode possibilitar o conhecimento e a identificação dessas necessidades, pois contribui para a construção de relações de confiança entre o usuário e profissional. Como afirma uma profissional entrevistada, “[...] um bom acolhimento gera [...] elo de confiança” (Po6).

Concorda-se que é de responsabilidade de todas as categorias profissionais construir relações de confiança com as famílias, permitindo a interação e o vínculo e favorecendo a organização de uma clínica ampliada, diretriz geral da PNH. São necessários, também, o “[...] compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 12).

Chama a atenção que, embora a equipe multiprofissional esteja num espaço que preconiza a humanização e o acolhimento, somente 2 (duas) profissionais da amostra de um total de 10 (dez) ressaltaram que o acolhimento faz parte da PNH e reconheceram a melhoria da assistência prestada depois da humanização no ambiente hospitalar, o que fortaleceu a integralidade do cuidado em saúde. As falas a seguir retratam tal compreensão: “Sim, pois faz parte

da PNH, implica na melhoria do serviço prestado” (Po2); “Sim, pois faz parte da política de humanização preconizada pelo SUS, embasada na integralidade do cuidado” (Po1).

Por outro lado, nenhuma profissional reconheceu o acolhimento preconizado como uma das diretrizes da PNH. Sua aplicabilidade é necessária para os serviços de saúde, sendo um dos deveres de todos os profissionais e gestores que atuam no SUS compreendê-lo. O acolhimento como parte do processo de cuidado à família contribui para uma melhor adesão terapêutica, considerando a integração desses sujeitos nas propostas de decisões que precisam ser tomadas acerca do cuidado em saúde.

Além disso, outro dado chama a atenção: 2 (duas) profissionais reconheceram o acolhimento como componente da postura profissional, ilustrado nas falas: “[...] o acolhimento é a postura que todo profissional deve ter no dia a dia das práticas de saúde diante de demandas espontâneas, pois favorece uma relação de confiança e compromisso tanto com o paciente como a equipe. Tão importante que é incluído na PNH do SUS” (Po3). Realmente, “[...] como postura profissional, o acolhimento é uma diretriz e, nessa acepção, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura baseada no acolhimento” (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 50). Das 10 (dez) profissionais participantes da pesquisa, 3 (três) ressaltaram que o acolhimento é realizado a partir do ato de receber o outro, representado a seguir: “Acolhimento é a maneira como se recebe e/ou acolher alguém em algum local” (Po6).

Corroborar-se que o acolhimento vai além do ato de receber, visto que, mediante o primeiro contato com a família, o profissional de saúde não consegue estabelecer uma vinculação ou confiança imediata. É necessário o acompanhamento contínuo para que se propicie uma relação recíproca de confiança e vínculo, ampliando as oportunidades de diálogos entre famílias e profissionais, conforme expresso na fala a seguir: “Receber essa família que está com bebê na UTI, estabelecer vínculo, saber de suas necessidades, esclarecer suas dúvidas, passar comprometimento da equipe com aquele paciente, escutar” (Po5).

Diante disso, o acolhimento se expressa em diversas definições, mas tem como base a visão de que é um ato ou efeito de aproximação de algo, no sentido de inclusão. A propósito, “[...] o acolhimento é visto como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS” (BRASIL, 2010, p. 6).

Diferenciando o debate, 1 (uma) profissional respondeu que o acolhimento é o ato realizado na admissão do bebê na UTIN: “Os bebês são acolhidos por todos os profissionais a partir da admissão na UTIN. Assim como as mães dos bebês, que são acompanhadas por uma equipe multiprofissional” (P10). Pode-se inferir que a compreensão de acolhimento na fala dessa profissional não está clara. Sugere acolhimento como uma técnica de admissão que se inicia com os bebês e depois com as mães. É essencial reiterar que a prática do acolher vai para além da técnica. O acolhimento é uma ação tecnoassistencial que propõe mudança na relação entre profissional e família, o que inclui a rede social por meio de normas técnicas, éticas, humanitárias e de solidariedade, podendo reconhecer a família como participante e protagonista do processo de produção em saúde (FALK et al., 2010).

Enquanto a maioria das profissionais exteriorizou suas reflexões sobre o acolhimento, os familiares dos bebês, representados por 5 (cinco) mães da amostra, tiveram dificuldades em elucidar o seu entendimento acerca do acolhimento na saúde, como revela a seguinte fala: “[...] tipo acolhimento que eu ouvi falar é quando vem uma pessoa do interior que vem passar no médico e fica na casa de apoio; para mim aquilo que era acolhimento” (M04<sup>3</sup>).

Fica evidenciado na fala apresentada que a mãe não compreende o acolhimento preconizado na saúde, associando-o a uma casa de apoio. Na verdade, existem equipamentos sociais de acolhimento institucional, como a casa de apoio, citada pela usuária. Entretanto, o acolhimento vai além de um espaço que recebe a família.

Das 5 (cinco) mães entrevistadas, 4 (quatro) responderam que o acolhimento é uma ajuda que o profissional de saúde oferece, como pode ser percebido na fala abaixo:

Assim ajuda a gente com alguma palavra, alguma coisa boa, porque acho que a gente precisa, quanto mais pessoas para ajudar a gente, eu pelo menos penso assim. Para mim está sendo tudo novo, quem chegar para me ajudar eu acho bom por que é sempre bom ter alguém para ajudar [...] (M02).

Todavia, o acolhimento imerso no processo de humanização tem como finalidade valorizar as relações no ambiente hospitalar, resgatando o respeito e a dignidade das mães, como também atendê-las em todas as suas dimensões, de modo que contribua na garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, os/as profissionais têm a oportunidade de destacar o acolhimento por meio das ações durante o processo de internamento não somente como um direito preconizado na PNH, mas também como uma colaboração para a autonomia das mães/famílias nos serviços de saúde, a partir do estímulo à participação das atividades. Desse modo, devem reconhecer as necessidades de saúde das mães/famílias a partir de um acompanhamento que beneficie a compreensão e a significação das singularidades, bem como o conhecimento em saúde, permitindo realizar intervenções ininterruptas que harmonizem a construção do vínculo e responsabilizem-no pela busca dos resultados efetivos.

## **2 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS E DAS MÃES DA UTIN**

Nesta seção, são expostos desafios de ordem estrutural, social e econômica que foram alegados pelas profissionais e pelas mães, os quais implicam diariamente a efetivação do acolhimento. Diante desse contexto, todas as 5 (cinco) mães entrevistadas informaram que, ao chegarem pela primeira vez na UTIN, não possuíam nenhuma informação sobre seu bebê, mas que foram orientadas acerca da rotina do espaço por algum profissional: 2 (duas) foram atendidas inicialmente pelo Serviço Social; 01 (uma) não se lembrou do profissional que a atendeu; 1 (uma) foi acolhida pela pediatria e outra pela enfermagem.

---

<sup>3</sup> Como uma forma de garantirmos o sigilo, a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa, utilizaremos “M” como representação das falas das mães entrevistadas e o algarismo referente a cada fala<sup>3</sup>.

Eu não sabia nem para onde ir e elas vieram me explicar o procedimento para poder entrar na UTI e também me falaram se eu quisesse saber alguma novidade dos meninos falasse com o pessoal ali, os médicos e também me mostraram onde eles estavam nos leitos [...] (M05).

O primeiro contato dessas mães na UTIN normalmente é marcado pelo desconhecido. Na maioria das vezes, as mães chegam muito apreensivas, com sentimento de medo e preocupadas, gerando um turbilhão de pensamentos, expectativas e sentimentos. Além disso, elas estão vivenciando todas as consequências do puerpério, o que as deixa ainda mais fragilizadas emocionalmente, pois esse momento é considerado estressante, triste e agonizante, dificultando a mobilização, a ação, a decisão e a organização de suas necessidades.

Desse modo, o apoio dos profissionais às mães é essencial, pois o seu acolhimento revela-se crucial para o aprofundamento da integralidade na saúde, por meio do vínculo, uma vez que acolher é o ponto inicial da construção de relações sociais democráticas que promovem a valorização do outro, laços de confiança e garantia de direitos.

Em face dessa realidade, o maior desafio enfrentado pelas mães entrevistadas refere-se à aceitação da condição clínica do bebê, à compreensão do problema de saúde esclarecido pelo médico, aos sentidos emocionais, à falta de acesso à informação e ao longo período de permanência na maternidade, visto que grande parte das usuárias possui outros filhos para cuidar. “Eu vejo muita mãe se descabelando aí e pedindo informação a um funcionário ou outro, um profissional e outro e na maioria das vezes fica sem ter informação” (M01).

A maior dificuldade foi de aceitar o meu bebê estar UTI, também no começo eu tinha muita dificuldade de entender o que os médicos falavam para mim, que eles tinham eles me falavam e eu não chegava a perguntar o que eles estavam falando. Acho que por vergonha sei lá, aí eu ficava muito confusa com o que eles me falavam, umas palavras totalmente diferentes [...] (M02).

É indispensável que as orientações sejam dadas da forma mais clara possível, para que as famílias possam assimilar o conteúdo das mensagens e os cuidados necessários, determinando o acompanhamento contínuo desses sujeitos. Nessa perspectiva, faz-se necessário fortalecer a comunicação, que é vista como uma das tecnologias leves<sup>4</sup>, caracterizada por uma linguagem clara e acessível ao entendimento das famílias. Advogamos que a informação e a dialogicidade são como molas propulsoras da autonomia e do cuidado em saúde.

É justamente nesse período que os profissionais possuem um papel importante no apoio às mães, visto que a construção das relações de confiança entre mãe e profissional é dada, inicialmente, através do acolhimento, o qual possibilitará o desenvolvimento do vínculo e da relação social.

Por outro lado, aproximadamente 8 (oito) profissionais justificaram dificuldades de vinculação com as famílias, em virtude da ausência da mãe na UTIN ou na própria maternidade.

---

<sup>4</sup> As tecnologias leves, para Merhy (2002), são associadas às relações de produção de vínculo, à autonomização, ao processo de acolhimento e às relações de gestão. O autor também destaca as tecnologias leve-duras, que são constituídas pelos conhecimentos, pelas teorias estabelecidas, isto é, pelos saberes estruturados. Citam-se os exemplos da clínica médica, da clínica psicanalítica e da epidemiologia na saúde.

Embora seja um fator que pode responder à desvinculação dos profissionais com as mães, levantamos alguns elementos que contribuem para a ausência dessas mães na UTIN.

A rotina de atendimentos que às vezes não coincide com os horários em que os pais estão presentes na UTI, bem como a ausência de algumas mães durante o período de internamento dos bebês (P07).

Tenho encontrado dificuldade em estabelecer vínculo devido à ausência dessas mães na UTIN. Antigamente, sentia maior comprometimento, as mães eram mães presentes. Não sei, se essa ausência está ocorrendo pela maior rotatividade da UTIN ou pela falta de comprometimento das mães (P09).

Um dos elementos apontados pelas mães que justificam sua ausência é a necessidade de manter a casa organizada, cuidar de seus outros filhos e do marido. Este último, na maioria dos casos, é responsável pelo sustento da família, o que é corroborado pelo fato de, entre as 5 (cinco) mães entrevistadas, apenas 01 (uma) trabalhar como agricultora, enquanto as demais são donas de casa e dependem da renda exclusiva do marido para atender suas necessidades humanas, indispensáveis à vida.

É importante destacar que as responsabilidades de cuidado atribuídas a essas mulheres (cuidado de casa, dos filhos, do marido) são resultados de uma sociedade de uma sociedade patriarcal que põe o papel da maternidade exclusivamente para a mulher, atribuindo, em contrapartida, ao homem a função de provedor e dominador da família, fato que contribui para o aprofundamento da desigualdade de gênero<sup>5</sup>. Algumas falas reforçam a necessidade de parte das mães de precisar se ausentar da maternidade para desempenhar outros papéis que historicamente foram conferidos a elas.

Eu estou na casa do meu tio, eu não estou aqui direto porque tenho um filho de 05 anos em casa e não tem quem fique com ele, aí quando vou para mamãe canguru tenho que arranjar alguém para ficar com ele, porque o pai está ficando mais por enquanto que está de atestado, mas aí ele vai voltar a trabalhar e quando eu tiver na mamãe canguru<sup>6</sup> não posso ter ninguém comigo (M01).

Além disso, todas as mães participantes da pesquisa residem em cidades no interior do estado do Rio Grande do Norte (RN) e, devido a dificuldade de acesso ao transporte, demoram um pouco para retornar à maternidade.

Diante do exposto, as profissionais da UTIN necessitam compreender essas mães, suas condições e trajetórias de vida e encontrar possibilidades que diminuam a sua ausência na

---

<sup>5</sup> Muitos são os conceitos que explicam a desigualdade de gênero, porém, iremos defender que esse fenômeno é construído e aprofundado pela ordem da sociedade capitalista, pois expressa a relação desigual entre o homem e a mulher, como também essas “[...] relações desiguais se manifestam pela ordem dos discursos que funcionam como elemento indispensável para a tríade de opressão patriarcal-racismo-capitalismo” (ANDRADE; SANTOS, 2016, p. 22).

<sup>6</sup> A mamãe Canguru faz parte do Método Canguru, preconizado pela política de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e alto risco. A atenção é dividida em três fases – UTI, Enfermaria Canguru e Ambulatório –, as quais têm sido praticadas na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), tendo em vista que a maternidade é referência em gestação de alto risco.

UTIN, em vez de culpabilizá-las sem conhecer a realidade de cada família atendida pela instituição.

Além desses desafios, as profissionais também levantaram dados que comprovam a precariedade das condições físicas e estruturais da maternidade, o que colabora para a dificuldade de estabelecimento de vínculo com as famílias. “O espaço físico impossibilita que todas as mães fiquem mais tempo na UTIN, a exemplo da ausência de poltronas ao lado dos leitos. A própria ausência de leitos no Espaço destinado às mães acompanhantes dificulta a permanência destas na maternidade” (Po9). Nessa fala, é evidenciado o desconforto a que as mães estão expostas, o que condiciona também o tempo de permanência delas na UTIN.

Essa falta de infraestrutura contraria o que está preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Art. 12 do Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, que ressalta:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990) (BRASIL, 1990, não paginado).

Essa questão da limitação do espaço físico contradiz ainda o que o HumanizaSUS salienta quanto à ambiência hospitalar, a qual deve ser constituída por um espaço físico compreendido como social, profissional e de relações interpessoais, de modo que proporcione uma atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2009).

Ademais, a alta rotatividade dos leitos, os procedimentos realizados com os bebês, a sobrecarga de trabalho e a tecnificação, principalmente das profissionais da assistência técnica, acabam fragilizando o contato direto com as mães e famílias, o que é reiterado na seguinte fala: “[...] conseguimos estabelecer vínculos com as famílias, mas às vezes esse processo é dificultado devido à sobrecarga de trabalho, impedindo maior disponibilidade de tempo com as famílias” (Po5).

As profissionais também levantaram desafios vivenciados rotineiramente pela UTIN, sobressaindo-se algumas questões preocupantes. Dentre as 10 (dez) profissionais, 08 (oito) destacaram que a maior dificuldade enfrentada pela UTIN é o déficit do recurso humano. “Creio que a ausência de ações direcionadas à acolhida se deve ao número restrito no quantitativo dos recursos humanos” (Po6). “Acredito que a superlotação da UTIN [...] quantitativo de leitos propiciam algumas dificuldades” (Po7). Isso resulta em profissionais sobrecarregados/as pelas demandas institucionais e contribui para que a UTIN seja o setor com maior índice de absenteísmo da maternidade.

Na UTIN, a intervenção se efetiva pelo trabalho vivo e pelo trabalho morto. O trabalho morto é o produto final realizado por algum sujeito, materializado em equipamentos ou matéria-prima, enquanto o trabalho vivo se dá na produção do material concreto, na ação desenvolvida. Porém, na saúde, independentemente do uso de tecnologias duras<sup>7</sup>/trabalho morto,

---

<sup>7</sup> O trabalho morto se expressa através das tecnologias duras, as quais são constituídas pelo saber tecnológico estruturado, pelos equipamentos, pelas normas e pelas estruturas organizacionais, ou seja, são os recursos materiais existentes (MÉRHY, 2002).

a hegemonia do trabalho é sempre centrada no trabalho vivo em ato, que parte do campo relacional (MALTA; MERHY, 2010).

Nesse sentido, a área da saúde não deve ser capturada pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, visto que se fundamenta nas tecnologias relacionais que incidem nas subjetividades, dando liberdade ao produzir saúde. O ato clínico em saúde se constitui na efetivação do trabalho vivo, mesmo que se utilize da tecnologia dura, a qual não poderá determinar o agir em saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Compreende-se que, na realidade da UTIN, é preciso recorrer ao trabalho morto e ao trabalho vivo, pela necessidade do uso das tecnologias avançadas direcionadas aos bebês gravemente hospitalizados e que necessitam de intervenções complexas capazes de prolongar as suas vidas.

## CONCLUSÕES

Embora a humanização seja reconhecida a partir da PNH, ainda tem sido um desafio a sua aplicabilidade nos serviços de saúde, uma vez que existe a herança de um modelo de saúde médico hospitalocêntrico que até hoje apresenta reflexos no SUS. Quando se discutiu acolhimento na Maternidade, especificamente na UTIN, as profissionais que participaram da pesquisa demonstraram percepções, apontando algumas especificações que não deixaram claro o entendimento sobre esse tema em sua concepção ampliada. Assim, definiram o acolhimento, na perspectiva da PNH, como uma *postura profissional*, uma prática de receber o outro, no sentido da “ajuda”, e como técnica de admissão dos bebês. Dentre essas percepções, pode-se observar que o acolhimento é muito mais amplo.

Conforme o HumanizaSUS, o acolhimento envolve desde os aspectos políticos, operacionais e compromisso ético até a garantia dos direitos sociais. No tocante às respostas das mães entrevistadas, ressalta-se que os resultados são preocupantes, na medida em que evidenciam uma fragilidade no entendimento sobre acolhimento, expressando-o na perspectiva da ajuda, e não do direito.

Sabe-se que é dever do Estado, como previsto na Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 1988) ofertar uma política de saúde com qualidade, e é nesse contexto que a humanização se torna uma estratégia para percorrer distintas ações e níveis de serviços de saúde, posto que envolve as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde. Portanto, o acolhimento se concretiza como uma das formas de humanização da assistência à saúde, desconstruindo todas as práticas engessadas, hierárquicas e até violentas.

O acolhimento vai além quando unifica os usuários junto aos profissionais e constrói novas formas de humanizar a saúde, ampliando a dimensão cuidadora do seu fazer. Nesse sentido, enseja novas relações participativas e democráticas em direção ao controle social e ao alcance das reais necessidades sociais de saúde. Em tempos de regressão e desmontes de direitos, fortalecer as resistências e lutas sociais revela-se imprescindível e urgente.

A pesquisa mostrou que os vínculos não têm sido efetivamente estabelecidos entre as profissionais e as mães dos bebês, em razão de questões estruturais, sociais e econômicas. Ainda, possibilitou conhecer a realidade das mães dos bebês e as dificuldades que elas enfrentam para acompanhar seus filhos na UTIN, evidenciando que é necessário que os profissionais compreendam a realidade social e diferentes experiências de vida em que se encontram essas famílias.

Diante desse contexto, faz-se necessário que os profissionais fortaleçam as boas práticas que já vêm realizando e se organizem na luta por melhores condições de trabalho, o que colaboraria para a efetivação do processo de acolhimento junto às mães dos bebês hospitalizados na UTIN/MEJC.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Andreza de Oliveira; SANTOS, Luana Paula Moreira. Feminismos, gênero e seus (des)caminhos: nuances de uma epistemologia sócio histórica. In: ANDRADE, Andreza de Oliveira et al. (Org.). **Feminismo, gênero e sexualidade**: diálogos contemporâneos. Mossoró: UERN, 2016.

BARATA, R. B. et al. (Org.). Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. **Epidemiológica séries**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 249-260, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3y5xk/pdf/barata-9788575412640.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2017.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOSCHETTI, Ivonete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento de seguridade social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a Conta? In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasília (DF), 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.318, de 5 de junho de 2007**. Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários [...]. Brasília (DF), 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318\\_05\\_06\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318_05_06_2007.html)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília (DF), 2004.  
BRASIL, Presidência da República. **Lei n.8.142, de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília (DF), 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 20 mar.2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CALVETTI, P. Ü. et al. A humanização no atendimento: interfaces entre a psicologia da saúde e saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 21-28, jul./dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2014.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2009. p. 117-130.

CECÍLIO, L. C.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Cepsc; IMS; Uerj; Educ, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a Discussão das Ações Profissionais no Campo da Saúde. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010.

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

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia;

ESCOREL, Sarah; LOBATO, Leunara de Vasconcelos et al. (Org.). **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FALK, M. L. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510>>. Acesso em: 28 out. 2017.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

SIQUEIRA, Luana Souza. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos**. São Paulo: Cortez, 2013.

---

**Aline Rodrigues da SILVA**. Responsável pela concepção e delineamento da pesquisa, na análise e interpretação dos dados e na aprovação da versão do artigo a ser publicado.

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo Neonatal pela Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN).

**Edla HOFFMANN**. Responsável pela concepção e delineamento da pesquisa, na análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica da redação do artigo e na aprovação da versão do artigo a ser publicado.

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social da UFRN.

**Sabrina Silva ZACARON**. Trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, na análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica da redação do artigo e na aprovação da versão do artigo a ser publicado. Assistente social da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Docente de Serviço Social pela UnP.

---